



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

MANEJO Y TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO IMPEDIDO

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

SYLVIA PATRICIA SANCHEZ BERNAL

México, D. F.

1985





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

<u>CAPITULO .</u>	<u>PAGINA.</u>
INTRODUCCION.	1
I- PRINCIPALES MATERIALES QUE SE UTILIZAN EN EL GABINETE DENTAL PARA LA ATENCION DEL NIÑO IMPEDIDO.	2
1.- Espejos Bucales de acero inoxidable.....	2
2.- Dedales.....	3
3.- Cinturones y Correas.....	3
4.- Apoyacabezas.....	4
5.- Mesas y Sillones.....	4
6.- Bloques de Mordida.....	5
7.- Personal Auxiliar.....	5
8.- Instrumentos de alta velocidad.....	6
9.- Ejector tubo doble.....	6
10.- Aplicación de fluor.....	6
II- CONTROL DE LA CONDUCTA-MODIFICACION DE LA CONDUCTA.	7
-Principios del control de la conducta.....	7
-Otros tipos de control de la conducta.....	8
-Procedimiento Básico para el control de la conducta.....	9
-Restricciones Físicas.....	10
-Como obtener atención.....	11
III- CLASIFICACION DE LOS NIÑOS IMPEDIDOS.	13
IV- HEMOFILIA.	14
-Definición.....	14
-Etiología.....	14
-Manifestaciones Orales.....	15
-Problemas Periodontales.....	15
-Extracciones.....	16
-Tratamiento dental.....	17
-Terapia Pulpar.....	19

C A P I T U L O .

PAGINA.

-Hemorragias Bucales.....	19
-Prevención.....	20
-Maloclusión.....	21
-Conservación.....	22
V- ENFERMEDADES DEL CORAZON.	24
-Cardiopatía Congénita.....	24
-Etiología.....	24
-Estado Bucal.....	25
-Problemas Dentales.....	25
-Extracciones.....	25
-Endodoncia.....	26
-Tratamiento Periodontal.....	27
-Tratamiento Dental.....	27
-Tratamiento de Endocarditis Bacteriana Subagu- da.....	28
-Cirugía Cardíaca.....	29
-Cardiopatía Reumática o Fiebre Reumática.....	29
-Manifestaciones Bucales.....	30
VI- PARALISIS CEREBRAL.	31
-Definición.....	31
-Características Generales.....	32
-Descripción General.....	34
-Etiología.....	35
-Estado Bucal.....	36
-Problemas Dentales.....	36
-Enfermedad Parodontal.....	36
-Maloclusión.....	37
-Traumas.....	38
-Bruxismo.....	38
-Tratamiento dental.....	39
-Importancia del tratamiento odontológico.....	41
-Problemas durante el tratamiento.....	41

-Dificultades Mentales.....	42
VII- RETRASO MENTAL.	43
1. Definición.....	43
2. Etiología.....	43
3. Problemas Dentales.....	43
4. Manejo del niño durante el tratamiento dental	50
-Posición sentada.....	50
-Estabilización de las quijadas.....	51
-Logrando atención.....	51
-Premedicación en anestesia general.....	51
VIII- SINDROME DE DAWN.	52
1. Definición.....	52
2. Generalidades.....	52
3. Etiología.....	53
4. Características Generales.....	53
5. Erupción.....	55
6. Caries.....	56
7. Problemas Parodontales.....	56
8. Tratamiento dental.....	57
9. Maloclusión.....	58
IX- EPILEPSIA.	59
1. Definición.....	59
2. Convulsión o ataque.....	59
3. Etiología.....	61
4. Manifestaciones Bucales.....	61
5. Problemas Parodontales.....	62
6. Tratamiento Odontológico.....	62
7. Tratamiento Epiléptico.....	63
X- CEGUERA Y SORDERA.	64
1. Descripción General.....	64
2. Estado Bucal.....	64

C A P I T U L O .

PAGINA.

3. Tratamiento Odontológico.....	64
XI- AUTISMO INFANTIL.	68
1. Definición.....	68
2. Antecedentes Generales.....	68
3. Características del Niño Autístico.....	69
4. Etiología.....	72
5. Tratamiento.....	73
6. Manejo dental.....	73
XII- LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.	78
a) Definición.....	78
b) Etiología.....	78
c) Sintomatología.....	80
d) Tratamiento dental.....	81
e) Los Obturadores como medio de rehabilitación	83
f) Funciones de los Obturadores.....	83
XIII- PREMEDICACION.	85
-Los Barbitúricos.....	86
-Benzodiazepinas.....	86
-Medicamento Ideal para la Premedicación.....	87
-Oxido Nitroso.....	88
-Anestesia General.....	92
CONCLUSIONES.	96
BIBLIOGRAFIA.	99

I N T R O D U C C I O N .

1.

La imágen que tiene la gente por lo general del cirujano den-
tista es la de atender y tratar pacientes con problemas den-
tales.

En efecto ésto ocurre normalmente con personas normales, pero
existen casos en donde el cirujano dentista se enfrenta al -
tratamiento dental de personas con algún impedimento o defi-
ciencias mentales y es el momento en el cual el odontólogo -
no cuenta con una preparación adecuada para atender y tratar
a este tipo de pacientes y para ello es conveniente canali-
zarlos.

Sin embargo, debemos tener presente que lo más importante pa-
ra la atención de estos niños será la comprensión y pacien-
cia por parte del Cirujano Dentista; ya que el rechazo, que
generalmente se manifiesta hacia ellos por parte de la socie-
dad, los hace poco amigables siendo esencial ganarnos su con-
fianza.

Mi inquietud al realizar este trabajo es el conocimiento en-
general de los niños y especialmente de los seres impedidos-
orgánica o psíquicamente, porque pienso que ellos deberán te-
ner más oportunidades de recibir un tratamiento dental sin -
importarnos su estatus social y económico; ya que las satis-
facciones que obtendríamos con el éxito de su tratamiento --
compensarán la recompensa económica.

Por lo tanto en el "manejo y tratamiento del niño impedido"-
me enfoco a las distintas alteraciones como son Labio o pala-
dar hendido, el retraso mental, la parálisis cerebral, car-
diopatías, hemofilia, etc., desde su origen y tratamiento, -
así como el uso de la premedicación y la anestesia general -
como medios para lograr en ellos la salud dental adecuada.

CAPITULO 1.

PRINCIPALES MATERIALES QUE SE UTILIZAN EN EL GABINETE DENTAL PARA LA ATENCION DEL NINO IMPEDIDO.

El proporcionar una atención odontológica adecuada a los niños impedidos es a veces una tarea difícil y cansada. Por lo que todos los métodos que el odontólogo pueda utilizar para hacer que su tarea sea más fácil serán de gran valor; ya que le ahorrarán tiempo y esfuerzo, además de proporcionarle mayor comodidad a su paciente.

Para lograr el mayor éxito con este tipo de pacientes, el odontólogo deberá tener a su disposición ciertos accesorios que facilitarán su trabajo como son:

- 1.- Espejos bucales de acero inoxidable.
- 2.- Dedales.
- 3.- Cinturones y correaes.
- 4.- Apoyacabezas.
- 5.- Mesas y sillones.
- 6.- Bloques de mordida.
- 7.- Personal auxiliar.
- 8.- Instrumentos de alta velocidad.
- 9.- Eyector o tubo doble.
- 10.- Aplicaciones de flúor.

1.- ESPEJOS BUCALES DE ACERO INOXIDABLE.- Los dentistas que trabajan a niños con retardo mental o que padecen de parálisis cerebral; temen que éstos puedan llegar a morder y llegar a romper el espejo de vidrio y tragar las partículas. Un paciente con parálisis cerebral atetoide tiene habitualmente

reflejos deglutorios anormales, de manera que no ayudará mucho a recuperar los trozos de vidrio que se haya tragado además de que se ha observado desde hace años que estos pacientes poseen una fuerza tremenda en los músculos masticatorios y que aún los espejos de acero inoxidable y llegan a presentar partes melladas por la fuerza con que estos pacientes -- muerden sobre ellos.

2.- DEDALES.- Estos son iguales a los que emplean las costureras, se colocan, usualmente, en el segundo o tercer dedo de la mano izquierda, y su objetivo es el de servir de cuña o de bloque de separación para mantener las arcadas dentarias separadas al trabajar con pacientes con parálisis cerebral.

3.- CINTURONES Y CORREAJES.- Los movimientos musculares involuntarios e incoordinados de los atetoides, las flexiones grotescas de los espásticos y la dureza que presentan los pacientes rígidos, son defectos que dificultan su tratamiento en el sillón dental. Debido a que estos pacientes no son fáciles de colocar ni mantener en el sillón, se utilizan cinturones y correajes en el consultorio dental. Algunos son eficientes, aunque la mayoría adolecen de dos defectos:

- 1)- A pesar de que van ajustados, los pacientes llegan a aflojarlos.
- 2)- Además si se les ajusta demasiado para impedir sus movimientos, éstos llegan a cortar la piel o actúan como torniquetes, así provocando dolor físico al paciente, por lo que deben ser aflojados.

Es importante tomar en consideración que cuando se inmoviliza de una manera determinada a estos pacientes, que durante --

años han estado acostumbrados a ciertas posiciones, se vuelven temerosos y aprehensivos.

La fuerza física que se emplea para manejar a los niños muy a menudo produce traumas psicológicos que nunca más pueden borrarse.

4.- APOYACABEZAS. - Se ha comprobado que la antigua regla empleada en paidodoncia, que decía así: "Los padres deberán quedarse fuera del consultorio", no siempre es bueno cuando se trata de niños impedidos.

Generalmente, para estos niños, su único trato con el mundo exterior es a través de sus padres por lo que muchas veces el niño cooperará más si su padre lo tiene en brazos. Para hacer esto más fácil, existe un ingenioso apoyacabezas que se coloca en uno de los brazos del sillón dental.

Permite que el niño pueda reclinar la cabeza mientras que el padre lo sostiene sobre sus piernas, deteniendo los brazos si esto fuera necesario. El dentista, a su vez, puede trabajar de frente o de costado al paciente, facilitándole así su trabajo.

5.- MESAS Y SILLONES. - Los movimientos excesivos de los pacientes con parálisis cerebral han hecho que el odontólogo busque formas más adecuadas y cómodas para trabajarlos. Por lo que algunos dentistas han encontrado que el trabajar a este tipo de pacientes acostados sobre una mesa facilita su labor, ya que sus movimientos pueden ser controlados haciendo así que su trabajo sea más fácil y rápido.

Además de proporcionar ciertas ventajas al trabajar a estos pacientes sobre una mesa, también presenta ciertas desventajas. Debido a la posición en que se encuentra el paciente y por los movimientos excesivos de la lengua y músculos, éste presenta mayores probabilidades de tragar cualquier tipo de excedente de material dental.

6.- BLOQUES DE MORDIDA.- Muchas veces después de premedicar a nuestros pacientes, éstos se relajan tanto que puede ser difícil que mantengan la boca abierta, o bien que la abran cuando nosotros se lo indiquemos y volviendo a cerrarla poco a poco.

Esto resulta inconveniente para el dentista, quien puede resolverlo colocando un bloque de mordida dentro de la boca -- del paciente. El bloque deberá estar sujeto a un trozo de hilo dental para evitar que éste puede tragarlo.

Su uso es muy simple, cuando el paciente abre la boca se introduce entre los molares y premolares del lado opuesto al que se va a trabajar. Eliminando así el riesgo de que el paciente cierre su boca durante el tratamiento dental.

7.- PERSONAL AUXILIAR.- Muchos dentistas reconocen la gran ayuda que significa trabajar con un asistente dental o una enfermera. Esto es indispensable cuando se trabaja con niños disminuidos, donde el tiempo es muy importante y debe hacerse un buen tratamiento dental y rápido. El empleo de un asistente dental bien enseñado torna la labor del dentista en una tarea fácil. El dentista tiene mucha confianza en su eficiencia profesional si se puede delegar ciertas funciones a un personal bien adiestrado. El asistente dental podrá ad

ministrar la premedicación sin que el odontólogo tenga que vigilarla; podrá preparar los casos de anestesia general y obtendrá de los pacientes una historia clínica mucho más detallada en lo que concierne al niño impedido.

Al hacer operatoria con anestesia general, el anestesista junto con el personal de la sala de operaciones, la asistente y el mismo dentista constituyen un equipo dental.

8.- INSTRUMENTOS DE ALTA VELOCIDAD.- El empleo de instrumental de alta velocidad ha sido de gran ayuda para la odontología.

En el trato a los pacientes impedidos, ayuda hacer más fácil y mejor la tarea del dentista. Es sumamente útil por parte en la sala de operaciones donde la alta velocidad es cosa primordial.

9.- EYECTOR O TUBO DOBLE.- Se ha diseñado y construido un eyector de saliva sumamente útil compuesto de dos tubos de polietileno, montados sobre un bloque de mordida sobre el cual el paciente puede morder durante el tratamiento odontológico. Los tubos se conectan a una única fuente de vacío. Uno de los extremos del tubo se coloca en el repliegue gingivobucal y el otro extremo del tubo cerca de las superficies linguales de los dientes. El tubo blando, además de sostener los tubos, mantiene separadas las arcadas dentarias.

10.- APLICACION DE FLUOR.- Si el paciente es lo suficientemente cooperador como para efectuarle operatoria dental, entonces el empleo de aplicaciones tópicas de flúor estarán indicadas.

C A P I T U L O I I .

CONTROL DE LA CONDUCTA.

MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

Uno de los principales problemas con que se enfrenta el odontólogo, es la cooperación del paciente minusválido.

Tanto el especialista como el odontólogo general llegan a manejar este tipo de pacientes por medio del control de la conducta.

En la práctica general llegamos a encontrarnos niños que presentan debilidad mental leve, moderada o superficial. Estos son niños que si comprenderán lo que se les dice o por lo menos entienden lo mínimo. En cambio existen otro tipo de niños que presentan debilidad mental profunda los cuales no -- lleguen a entender el significado de los diferentes procedimientos dentales, impidiéndonos así el comunicarnos con ellos; estos casos serán tratados bajo anestesia general.

PRINCIPIOS DEL CONTROL DE LA CONDUCTA.

Dichos principios se clasifican en tres categorías:

A) Reforzadores Positivos. - Son aquellos estímulos que aumentan la frecuencia de una conducta. Por ejemplo: la sonrisa amable, un contacto o toque, unas palabras de halago, o diversos estímulos ambientales, juguetes, dulces, etc.

Estos estímulos deberán tomarse en consideración; ya que en algunos niños nos darán resultado y en otros no.

B) Estímulo de Aversión. - Son estímulos que disminuyen la -- frecuencia de la conducta, o hechos que son físicamente dolo -- rosos que han adquirido propiedades de aversión, tales como -- las críticas y la pérdida de privilegios. Son estímulos que señalan la cercanía de un hecho desagradable.

C) Estímulos Neutrales. - En el medio ambiente existen gran -- número de ellos, por ejemplo: música de fondo, el tic-tac -- del reloj, la bocina del automóvil, etc.

No aumentan ni disminuyen la frecuencia de una conducta dada. Sin embargo, se señala que con frecuencia adquieren propieda -- des reforzadoras, ya sean negativas o positivas.

OTROS TIPOS DE CONTROL DE LA CONDUCTA.

A) Sistema de Refuerzo Simbólico. - En este sistema existe un estímulo tangible u objetivo como lo es una canica, estrellas de papel o una marca escrita. Estas son designadas como sím -- bolos o reforzadores condicionados, las cuales se darán des -- pués de obtener la conducta deseada.

Después de haber acumulado cierto número de objetos simbóli -- cos, el niño podrá canjearlos por un premio o privilegio de -- seado.

La ventaja de este sistema de refuerzo simbólico que propor -- ciona un esfuerzo inmediato a la conducta adecuada y al mis -- mo tiempo permite considerable retraso en la entrega del re -- forzador primario.

B) Introducción verbal como forma de control de estímulos. - La mayor parte de la conducta humana está controlada por ins -- trucciones verbales ya sea en forma de solicitud, órdenes o --

simple comunicación.

Cuando el niño no muestra obediencia, se atribuye a la existencia de algún factor variable interno (negativismo o mala-motivación). Se deben usar todos estos procedimientos en el consultorio dental, pero si el refuerzo positivo que empleamos para lograr determinada conducta se transforma en un estímulo de aversión, entonces se perderá el control normalmente ejercido por la instrucción verbal.

Si esto sucediera, debemos buscar la identificación de reforzadores positivos poderosos, que se darán únicamente hasta que se obtenga la conducta deseada.

C) Logro en el cambio de la conducta. - Cuando se emprenda un programa de cambio de conducta en el medio dental, los objetivos a seguir son los siguientes:

- 1.- Nuevas conductas que se deseen producir.
- 2.- Conductas existentes que se deseen conservar o reforzar.
- 3.- Conductas existentes que se deseen eliminar o disminuir en su frecuencia.

PROCEDIMIENTOS BASICOS PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA.

- A).- Conformación
- B).- Incitación
- C).- Desvanecimiento
- D).- Concatenación.

A).- CONFORMACION. - Tan pronto como el niño acceda, aunque sea levemente, se le reforzará inmediatamente. A cada acción que se acerque más a la conducta deseada será reforzada.

B).- INCITACION.- Cuando se realiza el comportamiento deseado, deberán utilizarse incitantes físicos, por ejemplo: cuando el niño no quiere abrir la boca, se dará un estímulo físico con el dedo, separando así los labios aunque los dientes se encuentren en contacto; se darán reforzadores positivos hasta que logremos la conducta deseada.

C).- DESVANECIMIENTO.- El control de la conducta se transfiere de un estímulo a otro, se usa simultáneamente con la incitación pasando entonces de un estímulo táctil a una orden verbal.

D).- CONCATENACION.- El odontólogo conformará o reforzará una serie de conductas como: subir al sillón, permanecer callado y quieto, abrir la boca, etc.

RESTRICCIONES FISICAS.

Habrán ocasiones en las cuales nos veamos con la necesidad de emplear restricciones físicas para llegar a controlar al niño y proporcionarle una protección. La técnica del "Pedi-Wrap" o sábana, es el método más eficaz para su control, durante el tratamiento odontológico. En su lugar pueden ser también empleadas tiras de material suave que sujeten al niño al sillón.

Estos tipos de aditamentos son empleados en casos de niños sumamente difíciles de controlar, como por ejemplo aquellos con movimientos involuntarios repentinos y aquellos que se encuentran en un período de recuperación después de habersele administrado la anestesia general.

Las restricciones físicas no deberán ser utilizadas como un -

castigo o método de disciplina, ni sustituirán al manejo psicológico del niño sino que serán empleadas como auxiliares en el tratamiento. Estas van precedidas y acompañadas por una explicación razonable de su uso, si existe la comunicación con el paciente.

La reacción del niño a la "Pedi-Wrap" o sábana de restricción es mucho más favorable y predecible que el sostener al niño durante el tratamiento odontológico. Mink y Hughes describen la técnica de la sábana como restricción estabilizadora eficaz.

Se puede utilizar un cinturón de seguridad o tiras de seguridad para mantener al paciente en la posición correcta en el sillón.

COMO OBTENER ATENCION.

Obtener la atención del niño después de iniciado un ataque de rabietta es algo que depende del nivel de madurez.

La firmeza refrenada en el dominio de la voz, las indicaciones verbales, la "mano sobre la boca", "toalla sobre la boca", o la restricción manual son todos los métodos descritos, el control de la voz y las directivas firmes con un sobre tono cariñoso, dan buenos resultados en el tratamiento del niño ma duro.

El niño con retraso, se debe atender utilizando la premedicación o bien la anestesia general, sumadas a las restricciones si se dan problemas graves de conducta.

El procedimiento "decir - mostrar - hacer" ha sido defendido largamente en el tratamiento de los niños, parece ser que el componente "mostrar" tendría tal vez su más significado cuando se trata de un niño retardado.

C A P I T U L O III.

CLASIFICACION DE LOS NIÑOS IMPEDIDOS.

Considerando las necesidades odontológicas, se pueden clasificar a los niños impedidos en los siguientes grupos:

- I.- En el primer grupo, niños con problemas odontológicos disminuyentes, como:
Labio Leporino y paladar hendido.

- II.- En el segundo grupo, niños con problemas pediátricos específicos, como:
 - A).- Hemofilia.
 - B).- Cardiopatías Congénitas.
 - C).- Parálisis Cerebral.
 - D).- Retraso Mental.
 - E).- Síndrome de Dawn.
 - F).- Epilepsia.
 - G).- Sordera y Ceguera.
 - H).- Autismo Infantil.

C A P I T U L O I V .

H E M O F I L I A .

DEFINICION:

La hemofilia es una enfermedad congénita y es una anomalía en el metabolismo que se manifiesta por trastornos hemostáticos.

Dichos trastornos se deben a la ausencia de alguna de las --- sustancias necesarias para la actividad tromboplástica normal. (Tromboplastina plasmática).

Esta enfermedad se presenta sólo en los varones, pero es transmitida por la mujer.

Existen diversos desórdenes hemorrágicos, aunque el más común, es la afección hemofílica, que es un trastorno causado por - deficiencia del factor VIII (GLOBULINA ANTIHEMOFILICA).

Los niños que van a ser hemofílicos ya nacen con esta enfermedad aunque no se haya presentado o no se haya observado una - hemorragia excesiva debido a la falta de la actividad del niño a la edad de seis meses.

El sangrado puede presentarse en cualquier zona, pero es más frecuente en músculos, riñones, boca y articulaciones.

ETIOLOGIA:

La etiología como ya se mencionó, se debe a una ausencia de - las sustancias necesarias para la actividad Tromboplástica - plasmática.

MANIFESTACIONES ORALES.

La boca del paciente hemofílico que no sangra, no muestra nada anormal; pero es conveniente en este caso, obtener una -- historia clínica con antecedentes hemorrágicos antes de iniciar una intervención quirúrgica o bucal.

En estos pacientes observamos que hay una deficiente higiene oral debiéndose esto al temor o miedo de provocar abrasiones o laceraciones con el cepillo en la cavidad oral, pudiéndoles ocasionar una hemorragia, lo cual resultaría muy peligroso.

Este descuido nos produce una Gingivitis, por lo tanto una salida de sangre por enca más fácil.

La exfoliación de los dientes primarios no causa ningún trastorno más, sin embargo, la caries es un factor muy importante en estos pacientes porque existe una mayor incidencia de caries, debido a la dieta que llevan; ya que ingieren alimentos con alto contenido de Hidratos de carbono y dulces.

Esta actitud de los padres es ocasionada por la ansiedad que sienten de provocar una hemorragia gingival si sus hijos consumen alimentos fibrosos y duros.

PROBLEMAS PERIODONTALES.

Estos pacientes a menudo presentan Gingivitis, la cual se debe a una mala higiene oral, lo cual no suele ser un problema en niños pequeños.

En el tratamiento de estos pacientes, el raspaje o legrado -

deberá ser con extremo cuidado, ya que el más pequeño residuo de cálculos puede causar una irritación gingival con la subse_uente hemorragia, pudiendo llegar a formarse una bolsa parodontal. Cualquier tratamiento que se lleve a cabo es grave y corremos enormes riesgos.

Debería hacerse énfasis en el tratamiento preventivo en estos niños para no tener que recurrir al tratamiento restaurativo que podría resultar arriesgado.

EXTRACCIONES.

Si las extracciones son inevitables se requerirá que el pa--
ciente se hospitalice por lo menos dos o tres días y deberán ser hechas por un cirujano bucal bien capacitado, conjuntamente con el Hematólogo. También si se van a llevar a cabo procedimientos quirúrgicos en los que se prevean hemorragias excesivas, es necesario hospitalizar al paciente para prevenir cualquier tipo de complicación que pueda presentarse durante el transcurso de la operación.

Deberá seguirse un patrón o plan de tratamiento el cual deberá incluir Historia Médica del paciente, análisis de sangre-- detallado para poder determinar el problema hemorrágico específico de cada paciente, tiempo de coagulación y sangrado, -- cuenta de plaquetas.

Dicho plan de tratamiento deberá ser discutido por el odontólogo, hematólogo, médico familiar y personal del hospital.

Las extracciones deberán realizarse con el menor traumatismo posible. Se recomienda el uso de apósitos quirúrgicos a presión que ayudarán a controlar la hemorragia en el alveolo, --

como el Gelfoam o algún otro agente hemostático.

Está contraindicada la anestesia local. El tratamiento más seguro es con anestesia general, pero ésta deberá ser administrada por un anestesiólogo bien entrenado que conozca perfectamente el problema hemorrágico del paciente.

Se aconseja premedicación al paciente hemofílico cuando los procedimientos vayan a ser prolongados, o cuando el paciente es aprensivo o difícil de manejar.

TRATAMIENTO DENTAL.

En primer lugar, el dentista debe conocer la gravedad del de sorden sanguíneo del paciente y dependiendo tal gravedad se podrá trazar el plan de tratamiento adecuado.

Al realizar el tratamiento se debe tener en cuenta los conse jos del hematólogo y del médico familiar.

Los siguientes puntos deben ser considerados en la planeación del tratamiento para los pacientes hemofílicos:

1.- La aprensión deberá ser controlada con premedica ción o analgesia.

2.- El uso de anestésicos locales está contraindicado particularmente para la inyección del alveolar inferior y al veolar superior posterior.

3.- El tratamiento debe realizarse con extrema precau ción a fin de evitar laceraciones y traumas a los tejidos -- blandos.

4.- Deberá hacerse lo posible por evitar extracciones, haciendo tratamientos conservadores.

5.- El odontólogo tiene la obligación de hacer un esfuerzo por proporcionar una restauración ideal y un tratamiento dental preventivo para estos niños, con el fin de evitar episodios hemorrágicos y tratamientos restaurativos repetitivos.

6.- Debemos mantener la integridad de los tejidos parodontales al efectuar procedimientos como son pulir, rebajar, -reducción de la estructura subgingival, adaptación de bandas y matrices.

Si se nos llegase a presentar hemorragias, procederemos a colocar un apósito quirúrgico acompañado por algún agente hemostático.

El niño severamente afectado deberá contar con la disponibilidad de un carro o algún otro medio de transporte, para que si se llegase a presentar alguna emergencia en el consultorio durante el tratamiento sea trasladado de inmediato al hospital.

El uso del Dique de hule es una gran ayuda para el dentista-- por las siguientes razones:

1.- Mantiene un campo seco para colocar materiales restauradores.

2.- Protege los tejidos blandos de laceraciones accidentales.

Pero debemos tener la precaución que al usar el Dique de hule, éste debe ser retenido con seda encerada.

Está contraindicado efectuar una Gingivectomía en estos pacientes, porque afecta más las pequeñas terminaciones capilares y puede originar una hemorragia considerable y persistente.

TERAPIA PULPAR.

La terapia pulpar en niños hemofílicos, presenta un problema grave que es la anestesia, pero lo podemos solucionar con la ayuda de un buen anestesista llevando a cabo dicha anestesia por medio de inhalación. (Antes de iniciar la inducción hay que insertar un buen abre bocas ya que es menos traumático -- que abrir la boca forzosamente después).

Cuando está indicada la extirpación de la pulpa vital, se deberá extraer con la ayuda de una pasta desvitalizadora; ya que la anestesia local está contraindicada como ya dijimos -- anteriormente. Finalmente se pueden efectuar los procedimientos comunes y corrientes de la terapia radicular.

Debemos tratar de hacer un buen trabajo de terapia pulpar -- porque de lo contrario tendríamos que llegar a la extracción del órgano dentario y enfrentarnos a los peligros ya señalados.

HEMORRAGIAS BUCALES.

Entre las hemorragias bucales que consideraré está la hemorragia gingival que se presenta después del cepillado, después de una emulsión dentaria, o en ocasión de la calda de los -- dientes primarios.

PREVENCIÓN.

La prevención es una parte importante en este capítulo para la atención del niño hemofílico.

En primer lugar debemos hacer hincapié en que se realice un cepillado dental adecuado por lo que el cepillo dental no debe ser duro, es mejor uno de cerdas blandas. Por otro lado el cepillo operado a mano ocasionalmente puede resbalar y -- puede producir abrasiones o injurias que pueden llamar la -- atención del paciente.

Es conveniente usar un cepillo dental de baterías; ya que éste tiene cerdas blandas y puede usarse eficazmente y brindar un estímulo gingival.

Así, vemos que la terapéutica odontológica más importante en estos niños es la atención preventiva con cepillado correcto para mantener sano el tejido gingival.

También recordemos que otra parte importante en su tratamiento es la dieta, que deberán reducir los alimentos que contengan hidratos de carbono, dulces y debemos de recomendarle a nuestro paciente alimentos duros y fibrosos y que no ingiera alimentos entre comidas.

Otra medida de prevención es el uso diario de tabletas de -- fluoruro sobre todo en niños menores de 10 años para prevenirlos contra la caries y contra futuras extracciones.

MALOCCLUSIÓN.

Para la planeación de cualquier tratamiento en la maloclusión de los pacientes hemofílicos se deberá tomar en cuenta la severidad del problema hemorrágico.

La necesidad de extracciones para aliviar apiñamientos, la actitud del niño con respecto a la maloclusión y el grado de defecto sangulneo, deberán ser discutidos con el hematólogo y el médico familiar.

En pacientes hemofílicos leves, se puede hacer un tratamiento ortodóncico más elaborado y podemos usar aparatos fijos pero con extremo cuidado.

Los padres con niños hemofílicos se enfrentan a un problema serio y difícil; ya que deben cuidarles contra muchos peligros que son irrelevantes para un niño normal y además no deben sobreprotegerlos.

Al hacer el diagnóstico a un niño con hemofilia, debemos proveerlo de una tarjeta oficial que incluya grupo sanguíneo, diagnóstico, dirección del hospital o centro de salud que cuida al niño.

Es aconsejable para los padres que cumplan con las inmunizaciones habituales del niño; ya que éstas no ofrecen algún riesgo cuando son en cantidades muy pequeñas de líquido y muy raramente nos darán algún trastorno. Sin embargo, debemos tomar medidas precautorias como es aplicar una firme presión digital durante cinco minutos en el lugar de la inyección, después de aplicada ésta.

En estos pacientes cualquier infección debe tratarse inmedia

tamente y administrándoles antibióticos, debiendo éstos ser por vía bucal o intravenosa, nunca intramuscular.

Asimismo, los analgésicos que contengan aspirina están contra indicados a estos pacientes, porque ocasionan un efecto irri tante en la mucosa intestinal pudiendo provocar una hemorra gia gastrointestinal.

En lugar de aspirina se recomienda el uso de Panadol y Codel na, Paracematol, etc.

En relación a la anestesia local que está contraindicada en el Hospital James Whitcom Riley se utilizó acetaminogeno --- (tylenol) y codelna oral analgésica combinado con óxido nitroso para lograr analgesia en lugar de anestésicos locales.

Se ha estudiado que las hemorragias que se observan en el -- primer año de vida del niño hemoflílico, siempre son ocasionada das por una causa que las provoca y ésta puede ser mínima, -- incluyendo heridas cutáneas, hemorragias postoperatorias, -- hemorragias por vías naturales, hematuria, etc.

CONSERVACION.

Contraindicación a la anestesia local. Las inyecciones profundas para un bloqueo del dentario inferior y en el piso de la boca nunca deben practicarse, ni siquiera en un caso leve. En estas inyecciones frecuentemente ocurre un daño a los vasos y esas zonas tienen espacios tisulares por los que la -- sangre puede pasar sin dificultad. En un paciente hemoflílico la sangre no coagulada puede pasar a los tejidos del cuello y hasta el mediastino provocando un grave trastorno res piratorio y la muerte.

En casos leves se permitirá anestesia infiltrativa en los te
jidos firmemente adheridos en el borde gingival del lado bu-
cal, solamente si la preparación de la cavidad es muy doloro-
sa.

En casos difíciles los procedimientos conservadores pueden -
hacerse bajo anestesia general. Esto se realiza con adminis-
tración endotraqueal, pasando el tubo por la boca mejor que-
por la nariz, para evitar trauma en los adenoides y se necesi-
tará hospitalización de dos o tres días.

La preparación de la cavidad debe efectuarse cuidadosamente-
con un buen apoyo de los dedos para evitar cualquier escapa-
da de instrumentos y siempre que sea posible hay que exten-
derse profilácticamente a zonas susceptibles. Un hematoma en
el piso de la boca es un asunto serio, si llegara a producir
se hay que buscar consejo en el hospital, ya que pueden ser-
peligrosos porque llegan a ser voluminosos, impidiendo la de-
glución y la respiración.

Cuando pulimos las obturaciones debemos tener la precaución-
de no usar cepillos duros porque pueden causar una abrasión-
al tejido blando adyacente.

C A P I T U L O V.

ENFERMEDADES DEL CORAZON.

CARDIOPATIA CONGENITA.

Las cardiopatías se deben a anomalías estructurales del corazón. Estas anomalías se dividen generalmente en tres grupos que son:

- 1.- CARDIOPATIA CONGENITA ACIANOTICA.
- 2.- CARDIOPATIA CONGENITA CIANOTICA.
- 3.- MALFORMACIONES CARDIACAS OBSTRUCTIVAS.

ETIOLOGIA.

Su etiología es desconocida pero se reconocen como posibles - agentes etiológicos la herencia y algunos factores ambientales durante el embarazo, como rubeola en el primer trimestre de la gestación y anoxia.

Otra causa del origen de las cardiopatías que contribuyen en el desarrollo anormal del corazón fetal es la influenza, la sífilis y la tuberculosis en las embarazadas.

También se sabe que varios síndromes están asociados en la etiología de las Cardiopatías Congénitas. Uno de estos síndromes es el Síndrome de Dawn, con una incidencia del 40% de enfermedades congénitas asociadas.

Otro factor muy importante es la prevención de una Endocarditis Bacteriana Subaguda.

ESTADO BUCAL.

No hay rasgos específicos en la boca de estos pacientes, --- excepto en el caso de niños con cianosis.

En estos pacientes se observa en la encía un cambio de color y este cambio está relacionado con el grado de cianosis y la higiene bucal que tenga el paciente. Cuando la higiene bucal tiende a ser deficiente, algunos pacientes presentan --- cierto grado de recesión gingival.

PROBLEMAS DENTALES.

Las cardiopatías congénitas aparecen como una anomalía asociada, tanto en mongoloides y niños nacidos con hendidura de paladar, de labio o ambas. La mayoría de estos niños afectados por estos trastornos del desarrollo también sufren diversos problemas dentales de diferente gravedad y complejidad.

Encontramos que estos pacientes tendrán mayor propensión a la caries y enfermedad periodontal así como se encontraba en la mayoría de los niños impedidos, el problema de la hipoplasia del esmalte.

En estos niños antes de efectuarse la cirugía cardíaca, deben ser diagnosticadas y tratadas las caries y la infección.

EXTRACCIONES.

Se sabe que en pacientes con enfermedad cardíaca y fiebre -- reumática debe ser siempre cubierto el tratamiento por anti-

bióticos.

Cuando es necesario realizar extracciones de varios dientes, se debe reducir el trauma llevando a cabo dichas extracciones en más de una visita.

Se puede utilizar anestesia local en estos pacientes y no hay necesidad de excluir la adrenalina, salvo que la concentración sea mayor que la usual de 1:80,000.

ENDODONCIA.

Se han reportado algunos casos en los que después de un tratamiento endodóntico se desarrolló Endocarditis Bacteriana. Sin embargo, sabemos que la producción de una bacteria se nos presenta solamente cuando los instrumentos sucios o infectados pasan a los tejidos periapicales, ocurriendo indistintamente en dientes en los que se ha extirpado la pulpa vital o no vital.

Como condiciones para que se lleve a cabo en tratamientos en endodóntico en estos pacientes con enfermedades cardíacas en dientes anteriores, tenemos:

- 1.- Ausencia de inflamación o de cualquier rarefacción periapical.
- 2.- Un ápice cerrado.
- 3.- Instrumentos confinados al conducto radicular sin penetración en el ápice.
- 4.- Cobertura antibiótica durante el tratamiento, - Esto quiere decir que deberá administrarse antibiótico 24 horas antes de cualquier tratamiento

to y 48 horas después del tratamiento.

- 5.- Control radiográfico de los tejidos pariapicales, una vez al año.

NOTA: La pulpotomía vital de un incisivo con ápice abierto, sería aceptable siempre que pudiera hacerse un control regular y el procedimiento se realice bajo cobertura antibiótica.

TRATAMIENTO PERIODONTAL.

Debemos tener cuidado al llevar a cabo un tratamiento de este tipo porque al practicar una gingivectomía y un legrado, se produce una bacteremia. Cuanto más extenso es el trauma, más severa es la bacteremia.

TRATAMIENTO DENTAL.

Antes de llevar a cabo cualquier tratamiento es esencial -- que el odontólogo realice una Historia Clínica cuidadosa de estos niños con cardiopatía congénita o adquirida, debiendo consultar al médico familiar y al cardiólogo y trabajar conjuntamente.

Uno de los principales objetivos del Odontólogo durante el tratamiento es evitar la Endocarditis Bacteriana; ya que esta grave complicación la causa el *Streptococo Viridans*, que se encuentra comunmente alrededor de las piezas dentarias.

Otro objetivo será la eliminación de las enfermedades dentales y el mantenimiento de una buena higiene bucal.

Deberá consultarse al médico familiar y al cardiólogo para conocer la capacidad del niño para soportar el tratamiento dental planeado, las posibles complicaciones que pueden surgir y todas las medidas de precaución que puedan ser necesarias.

Si se llevan a cabo todas estas medidas de precaución, puede tratarse a la mayoría de los niños con cardiopatía, con cierto margen de seguridad en la clínica dental. Los pacientes que sufren defectos cardíacos graves que pueden producir importante incapacidad y que requieran de un tratamiento dental extenso será mejor tratarlos en el hospital bajo anestesia general.

El fármaco que más utilizamos es la Penicilina Potásica, cada seis horas en dosis acordes a la edad y peso del paciente. La Eritromicina o las Tetraciclinas pueden sustituirla si se sospecha una sensibilidad penicilínica.

En estos pacientes no debe utilizarse anestésicos que contengan vasoconstrictores (adrenalina, epinefrina) y se aplica -- procaína al 2% pura o medicamentos similares. En caso de complicaciones circulatorias debería tenerse a mano oxígeno.

TRATAMIENTO DE ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA.

El tratamiento a seguir en una endocarditis bacteriana subaguda es de 600,000 U. de procaína penicilina intramuscular, - una hora antes del procedimiento dental, o 500 mgs. de penicilina "V" oralmente una o dos horas antes del procedimiento, seguido por 600,000 U. de procaína intramuscular diariamente, o 250 mgs. de penicilina "V" oralmente cada seis horas.

A los niños sensibles a la penicilina se les administra la -

Eritromicina (Eritocin) oral en lugar de penicilina.

CIRUGIA CARDIACA.

En estos pacientes cuando van a ser intervenidos quirúrgicamente del corazón, es muy importante que no haya sepsis dental ni la posibilidad de que se produzca en un período inmediatamente anterior y posterior a la operación.

Los niños cianóticos son más bajos de estatura y presentan una mayor incidencia de maloclusiones del tipo de insuficiencia del arco en la longitud. Es común la mordida cruzada invertida posterior.

Los niños con estenosis aórtica supra-avalvular tienen micro-dondancia atípica de los primeros molares temporales.

CARDIOPATIA REUMATICA O FIEBRE REUMATICA.

Esta enfermedad es de tipo hipersensible debida a la faringitis estreptocócica que da lugar a lesiones del sistema nervioso, a tejidos subcutáneos, articulaciones y con mucha frecuencia al corazón.

La fiebre reumática es aguda y suele ser una enfermedad de la infancia. Los dolores de crecimiento anormales en los niños, pueden representar síntomas de fiebre reumática. Es más frecuente que se presente la enfermedad en climas templados-fríos, por cambios de temperatura y los ataques frecuentes de amigdalitis predisponen a la enfermedad. La fiebre reumática se caracteriza por recaídas.

MANIFESTACIONES BUCALES.

La infección bucal por estreptococo beta hemolítico del grupo A, puede producir fiebre reumática. Hay que dedicar mayor -- atención a la lucha contra las infecciones bucales en estos -- pacientes.

Cuando es preciso extraer un diente de un individuo con fie-- bre reumática o antecedentes de lesión reumática del corazón, deben tomarse las medidas profilácticas que mencioné anterior-- mente.

La frecuencia de bacteremias que son transitorias en los ni-- ños normales, se sabe que persisten varios meses en algunos-- pacientes reumáticos.

C A P I T U L O VI.

PARALISIS CEREBRAL.

DEFINICION:

El cerebro sufre un daño que le impedirá al niño en el futuro controlar algunos de sus movimientos y pronunciar claramente las palabras o sea un parálitico cerebral.

El término parálisis cerebral designa un grupo de trastornos no progresivos resultantes de una función anormal de los centros y vías motoras del cerebro. Caracterizados por parálisis, debilidad, incoordinación u otras alteraciones de la función motora que tiene su origen en el período prenatal, neonatal y post-natal, que el sistema nervioso central haya alcanzado madurez relativa.

La mayoría de los individuos con parálisis cerebral, además de su trastorno motor, presentan otras manifestaciones de la lesión cerebral orgánica como ataque, retraso mental y defectos sensoriales y de aprendizaje, éstos se complican con --- trastornos de la conducta y emocionales.

La parálisis cerebral es una lesión en el cerebro que no es contagiosa ni hereditaria y aunque físicamente se distingue de los demás niños, piensan y sienten igual que cualquier niño normal. Estos niños tienen la oportunidad de rehabilitarse cuando se dan cuenta a tiempo de su enfermedad.

La rehabilitación de estos niños se puede lograr por medio de una terapia que va a variar según el grado de parálisis cerebral de cada paciente.

Entre las terapias que se llevan a cabo para la rehabilitación del paciente con parálisis cerebral, tenemos la Terapia Física, la cual se lleva a cabo por medio de masajes, ayudando a los niños a relajarse, además se les mandan ejercicios para que puedan caminar y moverse mejor.

Otra terapia que se lleva a cabo en este plan de tratamiento para lograr la rehabilitación es la Terapia Ocupacional, donde se les enseña y estimula a aprender a ser capaces de sí mismos para llevar a cabo todas sus necesidades básicas, que sean independientes.

Por último tenemos la Terapia del Lenguaje que consiste en poner al paciente a hacer ejercicios para los músculos de la cara. Con estos ejercicios se va ayudar al niño a mover o ejercitar su lengua, boca y labios para que puedan pronunciar lo más claramente posible las palabras. Aquellos niños que no pueden hablar se les enseñará a comunicarse por medio de una tabla que tiene el alfabeto o por medio de una máquina de escribir. Estos niños generalmente no tienen anomalías desacomunadas del complejo oral o facial, pero su retraso médico o físico puede complicar o alterar el tratamiento dental de rutina.

CARACTERISTICAS GENERALES.

La parálisis cerebral es un término general que describe un grupo de síntomas de incapacidad permanente que resultan de un daño o de una lesión en el cerebro como ya mencionamos anteriormente.

Estas lesiones son usualmente de carácter no progresivo y ---

pueden también ser el resultado de defectos cerebrales, congénitos, lastimaduras traumáticas, anoxia o infecciones o -- pueden ser también de etiología desconocida.

Estas lesiones o trastornos se manifiestan en varios tipos - de disfunciones neuromusculares como son Espasticidad, Atetosis, Ataxia, Rigidez o Temblor.

El odontólogo deberá familiarizarse con los principales aspectos de los diversos trastornos neuromusculares y saber -- cual de ellos sufre su paciente antes de pensar en planear - algún tratamiento.

La Espasticidad.- Se caracteriza por hipercontractilidad de los músculos y rigidez general en las secciones afectadas.

Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad.

La Atetosis.- Se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas. Puede resultar en muecas, babeo, defectos de dicción y otros problemas.

La Ataxia o pérdida de coordinación muscular.- Esta pérdida de coordinación muscular produce falta de equilibrio o completamente ausente y marcha insegura, dificultad para asir-- objetos.

Sentarse erecto puede resultar difícil.

Rigidez.- Se caracteriza porque las personas afectadas muestran rigidez muscular cuando se intenta algún movimiento.

Temblores. - Los niños afectados por esta disfunción pueden exhibir temblores intencionales o no intencionales, depende -- del grado de implicación.

Para lograr una mayor clasificación para describir el área - afectada por la parálisis cerebral este trastorno tenemos:

- Monoplejía - Implicación de una pierna.
- Hemiplejía - Implicación de la mitad del cuerpo.
- Cuadraplejía - Implicación de las cuatro extremidades.
- Paraplejía - Implicación de las piernas solamente.

Otro tipo de desventajas frecuentemente asociadas con la parálisis cerebral son convulsiones, problemas de habla, desórdenes visuales, desequilibrio en el oído, incapacidad para aprender y desórdenes en el comportamiento. El logro potencial para estos niños varía y debe ser evaluado sobre una base individualizada. Su esparcimiento de la atención es corto, frecuentemente son emocionalmente inmaduros y su rehabilitación es frustrante para el padre y el terapeuta.

Estos niños con parálisis cerebral sufren alta frecuencia de retardo mental. La mayor frecuencia de retardo mental se ha observado en el grupo espástico y la menor en el grupo de los atetoides. A pesar de esta incidencia de retardo mental y en beneficio de aquellos cuyas posturas faciales y físicas anormales dan la impresión de retardo, el odontólogo debe comprender que el grado de cooperación y superación obtenible de cada paciente varía enormemente y debe ser evaluado en forma individual.

DESCRIPCIÓN GENERAL.

La parálisis cerebral pertenece a un grupo de trastornos relacionados que se superponen etiológica y clínicamente y se ubican bajo el encabezamiento de síndromes de disfunción cerebral y que también incluye tipos de deficiencia mental y epilepsia.

Un niño paralítico cerebral puede sufrir de convulsiones y -- tanto en los grupos parálisis cerebral y epilepsia puede haber diversos grados de deficiencia mental. La causa de la parálisis cerebral puede ser aparente en algunos casos y no haber ocurrido antes, durante o después del nacimiento.

El grado de complicación del sistema neuromotor varía muchísimo, desde quienes están afectados ligeramente que pueden llevar vidas normales, hasta los afectados severamente que deben ser internados en Instituciones Especiales.

ETIOLOGIA.

La parálisis infantil es causada por lesiones cerebrales que pueden haber resultado de premadurez, anoxia, toxemia del embarazo, lesiones traumáticas. Otras causas más comunes que nos pueden ocasionar una lesión en el cerebro y por lo tanto una parálisis infantil, son la hemorragia y posiblemente las infecciones virales durante el embarazo, anoxia fetal, trauma en el nacimiento, Kernicterus y Meningitis tuberculosa. También se ha dicho que cuando la madre, durante el embarazo padece rubéola y aunque la madre se trate y cure a tiempo, el feto ya sufre una lesión irreversible. O bien, la etiología puede ser desconocida.

La localización de la lesión cerebral nos da el tipo de disfunción neuromuscular por medio de la cual se manifiesta el -

trastorno. Las lesiones de la corteza cerebral se manifiestan por espasticidad; la lesión del ganglio basal da por resultado atetosis y la ataxia es causada por lesiones en el cerebelo.

ESTADO BUCAL.

Caries Dental. - Es sólo ligeramente más elevada que en los niños normales.

Hipoplasia del Esmalte. - Hay una incidencia más elevada de hipoplasia del esmalte en la dentición primaria sobre todo en aquellos niños que presentan una historia de prematuridad o Kernicterus.

PROBLEMAS DENTALES.

Como ya mencionamos anteriormente la mayoría de estos niños presentan un índice carioso más elevado que los niños normales debido a la mala higiene bucal, a la tendencia de sus padres a mimarlos con alimentos blandos y cariogénicos y a la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos. La mala higiene y la dieta blanda contribuyen a un aumento importante del número y la gravedad de enfermedades periodontales en estos niños.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Weyman menciona que más de tres cuartas partes de pacientes paráliticos cerebrales tienen algún grado de Gingivitis, --- siendo la incidencia más elevada en niños mayores que en los pequeños.

Es más frecuente en los niños espásticos que en los atetoides.

En aquellos pacientes cuyos problemas médicos incluyen episodios convulsivos pueden estar tomando drogas del grupo diltina y como resultado tenemos una Gingivitis Hipertrófica y cantidades de afecciones periodontales severas. El problema de mantener una higiene oral adecuada en estos niños es muy grande.

El despeje bucal con la lengua, labios y carrillos suele ser anormal, la deglución puede ser difícil y puede ocurrir babeo.

La mecánica del cepillado dental suele resultar difícil para ellos. El tipo de dieta puede también estar contra el despeje bucal; ya que los niños con los músculos de la masticación y la deglución afectados tienden a comer alimentos blandos - altos en hidratos de carbono, que se tragan con facilidad.

MALOCCLUSION.

Los pacientes con parálisis cerebral tienen una más elevada incidencia de maloclusión que lo habitual, debido a la actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales masticatorios o de la deglución.

El paciente con parálisis cerebral tipo espástico presenta hipertonicidad del labio y la musculatura facial tienen preponderancia de maloclusión clase II de Angle división 2, con apiñamiento y a veces mordida cruzada unilateral.

El atetoide tiene labios hipotónicos, a veces babeo, presenta una maloclusión clase II división 1, con paladar angosto y alto empuje lingual, produciendo una mordida abierta anterior.

Una deglución anormal y una posición anormal de la lengua -- pueden dar como resultado una seria desviación anterior. Este tipo de maloclusión no responde a tratamiento ortodóntico a menos que se corrija el hábito o se utilicen retenedores permanentes.

TRAUMA.

Las caídas son frecuentes en estos niños por sus controles musculares incompletos y se producen por lo tanto traumatismos a los incisivos. Es más común en el atetoide con incisivos en labioversión.

BRUXISMO.

Es frecuente en los niños con parálisis cerebral este hábito, es debido a una función equivocada deficiente del músculo o problemas emocionales. Puede ser severo en algunos pacientes, pero es más frecuente en el niño atetoide.

Sabemos también que los niños con parálisis cerebral presentan una respiración oral, frecuentemente.

La terapia de la droga ha sido frecuentemente usada para controlar al niño con parálisis cerebral. La terapia racional por droga es el alivio de la ansiedad y la producción de relajamiento de los músculos.

El diazepam (valium) ha mostrado ser el fármaco de elección para relajar la ansiedad y disminuir los movimientos de los músculos involuntarios.

TRATAMIENTO DENTAL.

Como muchos de estos niños llevan vidas retraídas y están poco acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, - el odontólogo puede prever en sus pacientes gran aprensión.

En estos casos en que sea necesario la premedicación, deberá consultarse al médico que atiende al niño sobre la elección de premedicación. El medicamento de elección como ya se mencionó, es el Diazepam, pero también contamos con el Clorhidrato de Clorodiazepóxido (Librium) para reducir ansiedades y espasmos musculares.

A excepción de la incidencia de caries y enfermedad periodontal la mayoría de los niños con parálisis cerebral no presentan problemas dentales específicos. Estos pueden recibir -- cuidado dental satisfactorio siempre y cuando el odontólogo reconozca y comprenda sus limitaciones físicas y mentales y las medidas de precaución requeridas para llevar a cabo su tratamiento dental.

Sólo un porcentaje pequeño de estos niños requerirán anestesia general para poder llevarse a cabo el tratamiento odontológico.

Es importante llevar a cabo ciertas precauciones para lograr el tratamiento dental sin contratiempos. Deberá acomodarse lo mejor posible al niño en la silla dental. Una silla en -

posición inclinada hacia atrás da más apoyo y sensación de seguridad al paciente, cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia.

Los espásticos pueden requerir aún más de apoyo y control, lo que será tarea de la asistente dental. Los procedimientos restrictivos, como empleo de correas, raramente son necesarios y podrían dificultar el manejo del niño, en vez de facilitararlo, ya que restricciones excesivas, pueden provocar espasmos musculares involuntarios.

Si se administra de manera segura, no existe contraindicación al empleo de la anestesia local en el niño con parálisis cerebral.

El dentista deberá prever posibles movimientos bruscos de la cabeza del paciente y la jeringa deberá ser mantenida firmemente en su lugar en el momento de inyectar.

Se recomienda el uso de apoyos bucales protectores durante procedimientos restaurativos; ya que evitarán lesiones al paciente y al dentista si las mandíbulas se cierran violentamente.

Estos protectores deberán retirarse de la boca del paciente para proporcionarle frecuentes períodos de descanso; ya que los músculos del niño se cansan con facilidad.

Todo tipo de ayudas, como apoyos bucales, torundas de algodón, gasas y grapas, dique de caucho, que puedan ser fácilmente desalojados de la boca del niño, deberán ligarse firmemente a un pedazo de seda dental para poderlas retirar rápidamente en caso de que el paciente hiciera movimientos de

deglución o aspiración.

Nunca será excesiva la importancia concedida a la odontología preventiva para niños disminuidos y debe recalcar la importancia de limitar los alimentos cariogénicos.

Si el niño vive en un área donde el agua no está fluorizada, deberá aconsejarse el uso de tabletas de fluoruro.

Puede emplearse los medicamentos relajantes del tono muscular para aliviar la espasticidad y los tranquilizantes o anfetaminas para disminuir la hiperactividad.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

El buen cuidado dental en los niños con parálisis cerebral y especialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o el cuello es de vital importancia porque:

- 1.- Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes (dificultades Nuticias).
- 2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentaduras por su incapacidad muscular.
- 3.- Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de dientes.
- 4.- El aspecto emocional no debe ser pasado por alto.

PROBLEMAS DURANTE EL TRATAMIENTO.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o cuello, presentan problemas por su atención odontológica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental.

DIFICULTADES MENTALES.

- 1.- Aprrension.- El espástico es esencialmente propenso a la aprrensión (son niños que siempre están con la familia).
- 2.- Dificultad de comunicacón.- Pueden existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversacón y explicaciones junto al sillón o al niño pueden tener un defecto de dicción que hace sus respuestas incomprensibles.
- 3.- Baja inteligencia.- En pacientes de inteligencia por debajo de lo normal, la comunicacón y el entendimiento pueden ser difciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.
- 4.- Distracción.- En algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y deficiente capacidad para concentrarse. Las cosas triviales tienden a distraer la atencón del pa -- ciente.
- 5.- Convulsiones.- Una cantidad de niños paralíticos cerebrales sufren de algún grado de convulsiones. Aunque la ansiedad puede precipitar un ataque, es casi seguro que el paciente está recibiendo drogas que controlan el estado y un episodio así es raro en el sillón dental.

C A P I T U L O VII.

RETRASO MENTAL.

1.- DEFINICION.

El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio como: debilidad mental, idiotes, imbecilidad, mongolismo, oligofrenia y mononismo, originado en el periodo de desarrollo y asociado a un impedimento en la conducta de adaptación.

2.- ETIOLOGIA.

La etiología de esta enfermedad se ha atribuido a diversos factores como son: herencia, influencias prenatales, premadurez, anoxia o lesión al nacer, desnutrición, encefalitis o parálisis cerebral. También se puede incluir infección, intoxicación, agentes traumáticos o físicos, trastornos del metabolismo, crecimiento, nutrición y tumores.

El retardo mental predomina como un problema pediátrico que afecta a más niños que cualquier otra enfermedad. Todos estos pacientes tienen en general un coeficiente de inteligencia menor de 60.

3.- PROBLEMAS DENTALES.

Con excepción de los mongoloides, los niños retardados mentales no sufren problemas dentales característicos.

Sin embargo, por su mala higiene y hábitos dietéticos cariogénicos sufren índice de caries y enfermedades periodontales más elevadas que los niños normales.

Los niños con problemas de retraso han sido divididos en --- tres grupos:

1er. grupo.- Son los niños retrasados con problemas dentales, tales como anomalías congénitas de la estructura oral, graves y severas maloclusiones esqueléticas, hendidura de la bio.

2do. grupo.- Incluye a aquellos niños con problemas espe cíficos, como desórdenes en el sangrado, males cardíacos, pa rálisis cerebral y retardos mentales. En este grupo se pre sentan ciertas dificultades durante el tratamiento dental que lo pueden complicar o alterar debido al retraso médico o fi sico del paciente.

3er. grupo.- Son aquellos niños físicamente o mentalmen- te retrasados, pero su condición médica no precisa de un cu idado dental especial, pero sí de la paciencia y comprensión del dentista. (Un ejemplo de este grupo es el niño confina- do a una silla de ruedas como resultado de un trauma de la - columna vertebral).

Algunos objetivos, técnicas y precauciones que se deben to- mar en cuenta para el manejo clínico de estos niños han sido preparados y estudiados para estimular o fortalecer al den- tista para proporcionar tratamiento a los niños con retraso- mental en su práctica:

A) - EXAMEN DENTAL.

La primera visita del niño al consultorio es muy importante- porque es cuando el dentista y el paciente se comunican su -

habilidad e interés en aceptar y llevar a cabo el tratamiento.

El personal del consultorio tratará de integrar al niño con retraso mental en la rutina normal del consultorio tan pronto sea posible.

En esta primera visita se debe realizar una historia médica y dental completa del niño. Un llamado telefónico al médico -- del niño será de ayuda para completar la Historia frecuente-- mente larga e implicada.

Esta comunicación entre el dentista y el médico ayuda más adelante a la cooperación del padre y el paciente; ya que dicha comunicación proporciona una mejor comprensión a los problemas del paciente, siendo ésta útil cuando los padres demuestran actitudes de sobreprotección.

El dentista puede mostrar simpatía hacia los problemas de retraso del niño y el efecto que pueden tener éstos sobre la familia.

La mayor parte de los padres son raramente accesibles a la oportunidad de tener a alguien que muestre un genuino interés en escuchar sus problemas. El dentista no deberá ser excesivamente crítico de previas omisiones del cuidado dental del niño; deberá proporcionar confianza a los padres de que la restauración y un programa dental preventivo asegurarán una buena salud dental para ellos.

Es importante que antes de iniciar el tratamiento, el padre y el dentista tengan una discusión preliminar para que el dentista determine si el niño va a entrar sólo al consultorio o

si el padre deberá acompañarlo. Si el comportamiento del niño es normal, puede ser escoltado hasta el sillón dental por la asistencia dental sin ningún problema.

La asistente dental bien capacitada es una clave para un fácil exámen inicial y el tratamiento subsecuente.

Una relación de dependencia estrecha frecuentemente se desarrolla entre el paciente y el asistente dental que puede estar dando confianza al paciente durante el tratamiento.

B) - ANSIEDAD DEL PADRE.

La mayor parte de los padres se muestran ansiosos durante la primera visita del niño. Esta ansiedad es más obvia con los padres de los niños con problemas de retraso.

El padre deberá tener la confianza de que el exámen inicial no es una situación difícil y que si el comportamiento del niño garantiza llevar a cabo esa acción, se le pedirá al padre que venga a prestar ayuda en la sala dental.

El dentista deberá tener una impresión preconcebida del comportamiento del niño a partir de la primera visita inicial.

Si el niño sigue las sugerencias y se relaciona bien con la nueva experiencia, no hay razón para sospechar de otros problemas durante el exámen o tratamiento.

C) - PLAN DEL TRATAMIENTO.

Un plan realista del tratamiento debe ser presentado y debe -

considerar las condiciones o desventajas médicas actuales -- del niño, la postura de la dieta del niño, la habilidad de los padres para llevar a cabo buenas medidas de higiene oral, la complejidad del cuidado dental requerido y el pronóstico o condición médica o de retraso,

Si la enfermedad médica del niño tiene un pronóstico pobre, el tratamiento dental deberá ser dirigido cuidadosamente hacia la dentición sana remanente enfatizando sobre el control de la infección. Incluso los niños que tienen un pronóstico grave merecen que se les libere del dolor y de la infección.

Deberá hacerse todo esfuerzo para emplear los medios preventivos y un tratamiento restaurador para ayudar en el mantenimiento de una oclusión estética funcional y un periodonto saludable.

D) - ATENCIÓN DENTAL PREVENTIVA PARA LOS RETRASADOS.

La responsabilidad del dentista es comunicar la importancia de la prevención y esbozar un programa efectivo para cada niño. Los padres de los niños retrasados deberán ser aconsejados cuando el niño se encuentra entre los 9 y 12 meses de edad.

El cuidado dental preventivo y el desarrollo dental deberá ser explicado antes de la erupción de los dientes deciduos, de manera que el padre comprenderá su papel en el cuidado dental inicial. Los siguientes cuatro puntos de prevención deberán ser recalcados:

i) - CUIDADO HOGARENO.

Los padres deben ser el factor motivante en el cuidado hogareño. Deberán enseñarles a cepillarse los dientes a sus hijos hasta que pueden hacer un trabajo efectivo por sí mismos. Es muy importante el cepillado; el padre debe establecer una posición confortable para él mismo como para el niño, para que permita el control de los movimientos del niño durante el cepillado.

Esta posición variará en cada niño, pero existen particularmente dos posiciones que han demostrado beneficios en este caso. La primera es colocar al paciente ya sea de pie o sentado en una silla con el padre detrás y a un lado.

El padre puede acunar al niño contra su cuerpo y con la otra mano cepillarle los dientes.

La otra (tal vez más útil para niños pequeños) es tener al niño reposando boca abajo en el extremo de un sofá o una cama con su cabeza en el brazo del padre. El padre puede estabilizar la cabeza del niño con una mano y cepillarle los dientes con la otra.

Algunos padres y algunas gentes de rehabilitación que intentan enseñar a los niños retrasados a que entiendan su autoayuda los alentamos a asumir todas las responsabilidades por la higiene oral de la misma manera que se enseña a los pacientes a vestirse solos.

El programa de control de placa bacteriana utilizado en el Hospital James Whitcomb Riley para niños, ha demostrado ser efectivo en la revisión de placa a los padres y a los niños. El Riley Plaque Score (R.P.S.) permite la comunicación efec-

tiva entre el paciente y el personal del dentista y las razones para la remoción de la placa bacteriana.

ii) - DIETAS.

La dieta adecuada deberá ser una parte importante del tratamiento preventivo dental de la familia. Muchos niños con -- problemas de retraso reciben una dieta alta en carbohidratos y algunos tienen dietas especiales.

iii) - TERAPIA DE FLUORURO.

Un dentrífico que contenga un compuesto fluorado terapéutico deberá ser prescrito. Además si la familia no se beneficia de una fluoridación comunal, se recomiendan suplementos diarios de fluoruro. Algunos dentistas están recomendando ahora un miligramo (1 mg.) de NaF (fluoruro de sodio) tabletas-masticables y soluciones diarias para los niños con problemas de retraso.

Los enjuagues, gelatinas, pastas y pastillas de fluoruro también pueden ser considerados para su efecto tóxico de fluoruro.

Su frecuencia y aplicación puede ser ya sea por el padre o por el dentista y se realizará según las necesidades de cada niño.

iv) - SUPERVISION PROFESIONAL.

Se deberá llevar a cabo por el dentista todo un programa dental preventivo consistente en exámenes seguidos, profilaxia-

y tratamiento preventivo o restaurativo. Los intervalos para el cuidado profesional deberán estar basados en la efectividad del programa de control de placa del paciente y la salud de los tejidos suaves. El exámen puede variar de dos veces por año a cada tres meses si no puede mantenerse un programa de salud dental doméstico adecuado.

4.- MANEJO DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

Nos encontramos con graves dificultades al llevar a cabo el tratamiento con este tipo de pacientes. La mayoría de ellos se logran atender solamente bajo premedicación o anestesia general.

El tratamiento del paciente es un factor importante para tratar al niño con retraso mental.

Todos los medios convencionales de lograr la cooperación del paciente deberán ser agotados antes de utilizar medicamentos o anestesia general.

Hughes ha definido la importancia de los procedimientos pediátricos y de aniñar (alentar o estimular) a los padres sean informados de la razón para el tipo de esfuerzos a utilizar.

Posición sentada.-

La posición adecuada en el sillón dental es un prerequisite al control físico del paciente. El centro de gravedad del paciente deberá ser colocado bajo una posición declinada haciendo un movimiento hacia adelante más difícil y permitiendo al dentista un mejor control del niño.

El contorno de la silla proporciona un mejor control del paciente restringido y es una ventaja clara para tratar a los niños con parálisis cerebral.

Estabilización de las Quijadas. (J. JAWS).-

Los dispositivos como el Pro-bucal Molt, el block de mordida de Mckesson, o una zapata interoclusal se usan para estabilizar la boca en una posición abierta. El Pro-bucal deberá ser vigilado por la asistente dental para evitar que se desplace de su lugar y pueda ocasionar laceraciones de los tejidos suaves o la subluxación de los dientes.

Logrando atención.-

Para lograr la atención del paciente que ha iniciado un berrinche depende del nivel de madurez del niño. La firmeza que refleje el control de la voz, las direcciones verbales y la restricción de "mano a la boca", "toalla a la boca" son de ayuda para el dentista.

El control de la voz y un tono fuerte, pero amable logrará resultados en la madurez del niño. El niño retardado o inmundo deberá ser considerado para premedicación o anestesia general. Las restricciones parecen proporcionar una seguridad y una confianza al paciente premedicado.

Premedicación en anestesia general.-

Si la cooperación del niño no puede lograrse de manera rutinaria y si el tratamiento dental no resulta exitoso con el uso de premedicación, se aconseja que el niño sea remitido al hospital y se le administre un anestésico general.

C A P I T U L O VIII.

SINDROME DE DAWN.

1.- DEFINICION.

Cuadro o conjunto sintomático, serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado.

2.- GENERALIDADES.

Mongolismo.- Es una enfermedad que es fácil de identificar, - presentan facies peculiares de los trastornos de los huesos y articulaciones. También en estos pacientes encontramos -- una falta de desarrollo físico y mental.

El nombre de Síndrome de Dawn, (Mongolismo) fue dado por el médico "Langdon Dawn", en 1866, quien fue el primero en describir como un grupo diferente de retardo mental (Oligofrenia).

El retardo mental es una característica, son pocos los mongoloides con un C. I. (coeficiente intelectual) de más de 50%.

También por su característica genética del padecimiento, se le ha denominado trisomía 21. En 1959 "Jerome Lejeune", "M. Gauthier" y médicos franceses y el profesor "Turpin" fueron los primeros en poner en evidencia la presencia de un cromosoma extra o en exceso en los mongólicos. Una característica de estos individuos es que en sus primeros seis meses de vida presentan problemas cardiovasculares: ésta es una causa principal de defunción de dichos individuos.

3.- ETIOLOGIA.

Shuttlewoth, en el año de 1909 dijo que un factor predisponente sería la edad avanzada de la madre en el tiempo de gestación. Cafferata dijo que otro factor predisponente sería el alcoholismo en los padres. Hoy en día se dice que las radiaciones pueden ser un agente causal de las alteraciones genéticas.

El defecto aparente se iniciará entre la sexta y octava semana de desarrollo, como la evidencian otras condiciones anormales, incluidos defectos cardíacos congénitos y anomalías seculares y del oído externo.

4.- CARACTERISTICAS GENERALES.

Los individuos con Síndrome de Dawn se parecen entre sí mucho, como si fueran hermanos, siendo de diferente madre. Sin embargo, encontramos que puede haber una considerable variación. El diagnóstico de un niño mongoloide no es difícil de hacer, debido al patrón facial característico.

A)-De cara y cuello.-

La cara es redonda y chata, el cráneo puede revelar su pequeña talla. En el recién nacido encontramos que la cabeza tendrá un agrandamiento cefálico. También encontramos asimetría facial, ojos oblicuos y pequeños, éstos se inclinan hacia arriba, las órbitas son pequeñas, pliegues en los párpados inferiores, pobre desarrollo de los huesos de la cara media, produciendo un prognatismo relativo, la nariz chata. (El punte de la nariz está hundido más de lo normal). Hay evidencia

dente retardo en el crecimiento de ambos maxilares (microdoncia), las orejas parecen estar caídas, el auricular es generalmente pequeño al igual que el lóbulo. Encontrándose anomalías oculares y del oído externo. Cuello corto.

B)- Extremidades superiores e inferiores.-

Las manos son cortas y anchas. Los pies son anchos y cortos al igual que sus dedos y hay un aumento de distancia entre el primer y el segundo dedo del pie característicamente.

También encontramos que en las palmas de las manos, muestran líneas profundas como las de un simio.

C)- Características orales.-

La boca está comunmente abierta, siendo vista en el 60% de trisomía 21, es pequeña y la mucuosa del margen alveolar es gruesa.

La lengua normalmente sobresale empujada afuera de los labios aparentando tener macroglosia por lo pequeño de la boca. Las papilas se han notado grandes en el recién nacido. Las grietas y fisuras de la lengua son muy comunes, siendo vistas por lo menos en el 30% de estos pacientes. También es común la hipocalcificación del Esmalte y la mesioclusión en este Síndrome.

Pérdida de hueso parodontal en niños menores de seis años. Por lo tanto estos niños padecen mucho más de enfermedad parodontal.

La erupción de los dientes es generalmente retardada en un 75% de los niños.

El incisivo lateral del maxilar se encuentra en un 35%, microdóntico; siendo ausentes en el 25% de acuerdo a "Ingalls --- Brown y Cunningham" y el 43% con pérdida o ausencia de dientes, "Levinson" encontró dientes pequeños en el 56%.

Los dientes de los pacientes con Síndrome de Dawn se consideran microdónticos como ya hemos mencionado y muestran anormalidades de forma, tales como en "clavija" o malformaciones de corona. La medida del ancho mesio-distal de dientes permanentes se encontró que existe una reducción de tamaño. Las raíces se encuentran mucho más cortas (Mc. Millan) y (Kashgarin-1961).

En un examen radiológico de los dientes (Spitzer y Robinson--1955) observaron que había aplasia del esmalte.

5.- ERUPCION.

En la dentición primaria puede suceder que en estos pacientes con Síndrome de Dawn, su dentición no llegue a completarse -- hasta la edad de 4 a 5 años. En un niño normal sería a los 2 a 3 años. El patrón de erupción puede estar modificado o perturbado de tal manera que los molares aparecen antes de -- que hayan hecho erupción los incisivos.

Los dientes de la primera dentición o de leche son frecuentemente tardos, los incisivos pueden no aparecer hasta los 9 - meses (en niños normales a los 6 meses hacen erupción).

DIENTES AUSENTES.

La ausencia congénita o la fusión de los dientes primarios --

no es insólita en el Síndrome de Dawn. Una caída precoz de los dientes de la primera dentición, especialmente de los in cisivos laterales y centrales es muy común.

También hay ausencia congénita de ciertos dientes permanentes. Los incisivos laterales superiores permanentes están a menudo afectados.

6.- CARIES.

Tenemos que la susceptibilidad a la caries suele ser escasa en los Mongólicos.

Según los investigadores como Rapaport (1957), y Cols. (1960), Mc. Millan y Kashgarian (1961) Winery Cohen (1961, 1962) y - Jensen y Cols. dijeron que la caries es relativamente infrecuente en el Síndrome de Dawn.

7.- PROBLEMAS PARODONTALES.

La enfermedad parodontal destruye los tejidos circundantes y de sostén de los dientes. Estos son la membrana periodontal que está localizada entre la raíz del diente y la pared ósea del alveolo, apofis alveolar y la encla. (Dawn 1951).

Brown y Cunningham 1961 dijeron que la enfermedad parodontal puede empezar ya a los 3 años de edad y puede producir la -- pérdida de los incisivos primarios antes de la edad de 5 --- años.

Los tejidos gingivales de los niños mongoloides con frecuencia permanecen crónicamente inflamados y la enfermedad paro-

dontal es común en los niños mayores, esto es debido a una deficiencia en la higiene bucal, un mal cepillado bucal.

Esto puede deberse a su retardo mental de estos individuos.

Los incisivos inferiores suelen ser los primeros afectados, por la gravedad del proceso parece ser que aumenta uniformemente el problema con la edad, más adelante el proceso se propaga a los demás dientes.

En pacientes jóvenes el primer signo del inicio de la enfermedad parodontal es la Gingivitis intensa, con ulceraciones y escaras en las papilas interdenciales y que involucra los márgenes gingivales. Ya en individuos, adultos el problema es mayor, es más severo, puesto que hay pérdida ósea y recesión gingival notables. (Brown y Cunningham).

El agente causal de la enfermedad parodontal no está muy claro. Down creía que los factores locales no podían explicar el proceso y consideraba que la anoxia resultante de la mala circulación sería una causa posible.

8.- TRATAMIENTO DENTAL.

Algunos de los niños Mongoloides con escasa mentalidad no son manejables en el consultorio dental, en la mayoría son agradables, cariñosos, amorosos y de buen comportamiento.

Pues bien, tenemos que el grado de cooperación depende del nivel de inteligencia. El Mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental y seguir en forma normal para procedimientos conservadores.

No existe contraindicación para la anestesia local; en el caso de pacientes con enfermedad cardíaca congénita necesitarán un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esa condición. En este caso los raspajes profundos y las extracciones deben hacerse bajo una terapia preventiva de antibióticos. La terapia de conductos radiculares está contraindicada.

Los aparatos ortodóncicos como protéticos están contraindicados por las siguientes razones: Mal estado gingival, lengua--relativamente grande, las raíces cortas son una desventaja para el movimiento dentario ortodóncico.

9.- MAL OCLUSION.

Como ya hemos mencionado, el desarrollo de los huesos faciales se encuentra alterado en estos pacientes siendo notable - el tamaño reducido del maxilar, no hay suficiente espacio para los incisivos superiores que sobresalen y se superponen, - el paladar puede ser ojival y muchas veces se encuentra deformado dando como resultado apiñamiento y mal posición de los - dientes. (no en todos los casos).

C A P I T U L O IX.EPILEPSIA.1.- DEFINICION.

La epilepsia se refiere a un síntoma, no propiamente a una enfermedad. La epilepsia es de origen griego y significa "apoderarse".

Es ocasionada por algunos trastornos que pueden causar una descarga nerviosa anormal en el cerebro y a su vez esta descarga produce una convulsión o ataque.

2.- CONVULSION O ATAQUE.

Esta se debe a una descarga repentina de la materia gris como un shock eléctrico. Este ataque puede ser de grados variables y de una frecuencia.

En lo que se refiere a los grados variables es dependiendo en dónde y cuándo está afectado el cerebro por la descarga.

Y así tenemos:

a)- Ataque del pequeño mal.

b)- Ataque del gran mal.

a)- EL ATAQUE DEL PEQUEÑO MAL.

Se caracteriza por episodios de pérdida momentánea y repentina de la conciencia. El niño se muestra con una cara inexpresiva y suspende cualquier actividad voluntaria que hubiera iniciado antes del ataque. Esta pérdida del conocimiento va -

acompañada por sacudidas rítmicas de cabeza y brazos.

El tiempo de cada convulsión es de aproximadamente 10 seg. y el niño se recupera rápidamente. En este caso no representa un problema mayor para llevar a cabo el tratamiento en el -- consultorio dental.

b) - EL ATAQUE DEL GRAN MAL.

Es un ataque mayor, más violento que el anterior, puede ser precedido por una advertencia de tipo visual o motora, o por un estado irritable del paciente o porque presente jaque ca.

En el ataque del gran mal, los ojos giran en las órbitas, se dilatan las pupilas, la cara enrojece o palidece, la cabeza se ve tirada hacia atrás y el cuerpo se encuentra endurecido y rígido.

Se pierde el conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico que detiene la respiración y el niño se torna cianótico.

Los músculos maxilares se contraen y ocasionan mordidas en la lengua y carrillos, se presenta una salivación profusa, sudor y en algunas ocasiones evacuaciones involuntarias de intestinos y vejiga.

Generalmente después del ataque el niño permanece estuporoso y cae en un sueño profundo que puede durar una hora o más; al despertar el niño puede sufrir intensos dolores de cabeza y se muestra inquieto.

En este caso el objetivo del odontólogo es evitar que el niño se lesione. Deberá insertarse una ayuda bucal de caucho o plástico para evitar que se muerda la lengua y se deberá colocar al paciente en una posición que evite se golpeé o lesione.

El lugar adecuado será un espacio libre de obstáculos como es el suelo.

Estos pacientes reaccionan con frecuencia con explosiva rabia o furor.

3.- ETIOLOGIA.

Básicamente tienen una base hereditaria. La epilepsia la podemos dividir o clasificar en dos grupos etiológicos que son:

- i) Idiopáticos.
- ii) Sintomáticos.

i) - LOS IDIOPATICOS.

Son aquellos que frecuentemente son de origen genético.

ii) - LOS SINTOMATICOS.

Son aquellos que se asocian a una patología del cerebro debido a anomalías del desarrollo, a una lesión o a una enfermedad.

4.- MANIFESTACIONES BUCALES.

Los enfermos epilépticos algunas veces rechinan los dientes-

durante la noche (bruxismo).

También observamos que a causa del medicamento anticonvulsivo difenilhidantoinato (Dph) de sodio (EPAMIN) puede presentarse una Gingivitis Hiperplástica de naturaleza fibrosa en ocasiones tan severa que puede llegar a cubrir las coronas dentarias, o demorará la erupción, la cual está asociada con una mala higiene bucal.

Con excepción de esta Gingivitis Hiperplástica Fibrosa o Gingivitis Medicamentosa no se presentan problemas específicos o especiales en los pacientes epilépticos.

5.- PROBLEMAS PARODONTALES.

Como mencionamos anteriormente, en estos individuos es frecuente encontrar Gingivitis Hiperplástica Fibrosa debida a la medicación con Difenhidantoinato de sodio (Dph), que nos ocasiona agrandamientos gingivales, tanto de las papilas interdentarias que aparecen globulosas, así como de la encla marginal y adherida llegando como ya mencionamos a cubrir las coronas dentarias en los casos más graves.

En los niños es solamente un leve engrosamiento de la encla.

6.- TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

En primer lugar, el odontólogo debe familiarizarse con el tipo y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento.

Estos pacientes suelen ser buenos pacientes bajo anestesia local, si no se encuentran cansados y si han recibido preme-

dicación adecuada.

Estos pacientes por lo general son sumamente aprensivos, hay que preguntar a los padres cuándo fue el último ataque que sufrió y hay que tratar de calmarlos y darles confianza.

En este caso es importante que la asistente dental conozca los procedimientos a seguir si se llegara a presentar un ataque en el consultorio dental cuando se está efectuando un tratamiento. Es importante como ya hemos mencionado, colocarle un protector bucal para evitar, que se lesione la lengua en caso de que se presente un ataque y tener cuidado el odontólogo, pues puede ser mordido accidentalmente.

Puede suceder que los dientes se fracturen o desplacen durante un ataque. En los epilépticos es preferible colocar prótesis fijas a removibles.

El tratamiento odontológico a seguir en un paciente que tiene Gingivitis Hiperplásica es eliminar el agrandamiento gingival quirúrgicamente y posteriormente se controla con procedimientos bucales profilácticos adecuados.

7.- TRATAMIENTO EPILEPTICO.

El tratamiento de estos estados convulsivos es a base de una droga para suprimir los episodios. Los más frecuentes son el Epamín (Difenilhidantoinato de sodio), o uno de los barbitúricos con Mysoline aunque también se usan otros.

En el caso de los niños epilépticos, se evitará que sean sobreprotegidos para que no repercuta en su capacidad de aprendizaje.

C A P I T U L O X.

CEGUERA Y SORDERA

1.- DESCRIPCION GENERAL.

La causa de la ceguera o pérdida de la visión puede deberse a varios factores. Puede ser de origen pre-natal, peri-natal o post-natal y deberse a problemas de desarrollo, infecciosos, traumáticos o envenenamiento con oxígeno. Los niños con visión parcial concurren a la escuela normal, si es posible, a veces con clases especiales.

Aquellos niños en que la visión es gravemente defectuosa, o sin ninguna visión, necesitan escuelas especiales. Salvo -- que haya existido también un daño cerebral estos niños son -- mentalmente normales y deben ser tratados como tales.

2.- ESTADO BUCAL.

No hay rasgos especiales característicos de los niños ciegos en el estado bucal.

3.- TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Los niños con ceguera debida a un daño cerebral, no deben recibir anestesia general, a menos que el especialista a cargo del paciente lo autorice, pues en algunos casos la anoxia -- puede causar daño. Aparte de esto no hay ninguna contraindicación para poder llevar a cabo un tratamiento odontológico.

Nunca debe demostrarse que existe alguna diferencia entre el niño ciego y el normal. Sin embargo, debe variarse el acer-

camiento habitual de manera que el niño pueda apreciar qué es tá sucediendo y ésto se hace por medio del sentido del tacto.

Nunca deberá sentarse en sillón dental al paciente como si no pudiera por sí mismo debido a su falta del sentido de la vista, sino debe colocarse sus manos en el brazo del sillón y dejar que él se sienta sólo. En la primera visita querrá sentir el sillón para comprobar cómo es y deberá darse una explicación de cómo son sus partes para establecer una comunicación. Como con cualquier niño no debe hacerse nada en forma inesperada, todos los procedimientos deben ir precedidos de un cuadro verbal y si es razonable debe permitirle algunos instrumentos para que los conozca, los sienta y los vaya reconociendo.

Cada vez que nos vayamos a acercar a la boca deberá explicarse al paciente qué se le va hacer.

El niño ciego puede ser más fácil de abordar por el odontólogo, pues está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y a gustar. El ciego retrasado no cooperará y se requerirá premedicación, rara vez estos niños necesitan anestesia general.

Cada procedimiento debe ser explicado con un lenguaje o descripción que sea adecuado para la edad mental. Después de crear una imagen verbal, se procurará que el niño sienta y toque los objetos involucrados.

Después se permitirá que el paciente sienta el objeto dentro de la cavidad bucal. Las primeras sesiones con el niño ciego pueden no parecer compensadoras, si se les mide o valora por la cantidad de tratamiento realizado.

Como el niño asocia su voz y sus modales con los procedimientos, la confianza que el niño adquiera en su capacidad, le permitirá al dentista realizar los trabajos odontológicos -- corrientes en un tiempo normal.

Cualquier niño con un defecto sensorial debe ser tratado lentamente, hasta que pueda recibir el tratamiento y comprender su importancia.

SORDERA.

La atención dental del niño sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si recuerda que ese niño debe aprender a través de los demás sentidos.

El preescolar sordo puede ser más difícil de abordar, pues no ha sido adiestrado aún en la comunicación.

La odontología puede ser explicada sobre una base de ver, tocar, gustar. Muchos niños son capaces de leer los labios y de hacer gestos y expresiones faciales con significados de palabras.

Si se les deja tomar y sentir los instrumentos odontológicos, el niño sordo se mostrará más receptivo a los procedimientos habituales. Si el niño es sordo, requiere un extenso tratamiento dental y su conducta podrá ser controlada con premedicación o anestesia general.

No existen problemas dentales específicos en el niño sordo.

C A P I T U L O X I,

AUTISMO INFANTIL.

1.- DEFINICION.

Es un fenómeno psicopatológico caracterizado por la tendencia a desinteresarse del mundo exterior y a ensimismarse.

Estos niños al nacer parecen normales, pero entre el cuarto y el octavo mes comienzan a manifestar una conducta sumamente inquietante, como si de momento se encerrasen en sí mismos interrumpiendo cualquier clase de relación con el mundo exterior.

Adoptan una actitud indiferente hacia sus padres y no dan muestras de miedo ni de placer ante nadie. Según explican los especialistas no se puede establecer ningún lazo afectivo con estos niños.

Es un síndrome de la primera infancia caracterizado por:

- 1)- Falta de contacto afectivo significativo con el medio ambiente.*
- 2)- Necesidad obsesiva de conservación de igualdad con el medio ambiente.*
- 3)- Desarrollo cognitivo retrasado, especialmente del lenguaje.*
- 4)- Extrema soledad.*

2.- ANTECEDENTES GENERALES.

El autismo fue descrito por primera vez como una entidad clínica por Kanner en 1944. En la literatura sobre el autismo existe cierta confusión en cuanto a la nomenclatura o así el término debe llamarse esquizofrenia, psicosis o autismo infantil temprano.

Los niños autísticos son personas con graves desórdenes de comunicación y comportamiento, cuya incapacidad se manifiesta durante las etapas de desarrollo infantil.

3.- CARACTERISTICAS DEL NIÑO AUTISTICO.

a) - SOLEDAD EXTREMA.

El niño autístico parece incapaz de relacionarse normalmente con las personas y las situaciones, incluso sus padres no tienen ningún significado para ellos.

Además de no mostrar interés en la conversación o en los que los rodean, se observan como abstraídos, apáticos e incapaces de responder. Se relacionan pobremente con las demás personas, muestran un interés por las cosas inanimadas, se ven especialmente intrigados por los objetos que giran y están inclinados a dedicarse a juegos auto-estimulantes.

Su indiferencia hacia la gente puede hacer sospechar su sordera. Evitan todo lo que les molesta.

b) - PERTURBACIONES DEL LENGUAJE.

El habla del niño autístico, cuando se presenta, es patognómica y se manifiesta generalmente de varias maneras:

i)- Mutismo.

Permanece por años ya que estos pacientes no desean comunicarse verbalmente aún cuando ellos ya han adquirido el habla, solamente lo hacen si se les presenta una tensión de emergencia, pudiendo utilizar palabras simples, o muy cortas.

ii)- Habla repetitiva como los loros.

Este tipo de habla, designada como ecolalia, se manifiesta en el niño autístico simplemente revoalizando literalmente una pregunta, una frase o una orden.

Las oraciones pueden repetirse inmediatamente o el niño puede detenerlas y repetir las posteriormente.

Estos niños tienen una excelente memoria para los poemas, -- canciones y listados. Frecuentemente dicen cosas que no tienen ninguna conexión con la situación.

iii)- Dificultad con el concepto del "SI".

El concepto del "SI" es difícil para ellos, porque no saben cómo utilizarlo para indicar una afirmación, excepto para repetir la pregunta.

iv)- Mal uso de los pronombres personales.

La confusión para usar los pronombres personales es más acentuada que en los niños normales, es decir, tardan mucho más tiempo en comprender estos conceptos y usarlos adecuadamente.

v) - Obstinación.

Es un síntoma prominente y es un deseo intenso de mantener la rutina en el medio ambiente de tal forma que el niño se molesta si hay cambio. El previo orden debe ser restaurado; ya -- que algunos cambios en el ambiente que no serían notados por el niño normal, pueden acusar extrema ansiedad en el niño autista.

c) - PERTURBACIONES EN LAS COMIDAS.

Mantiene el alimento en la boca, disgustándoles los alimentos sólidos; frecuentemente insisten en alimentos suaves y olfatean la comida antes de ponerla en su boca.

Asimismo, se ha observado que los alimentos con alto contenido de azúcar no son particularmente deseables para estos niños.

d) - MOTILIDAD MOVILIDAD.

El desarrollo motor es normal aunque el niño autista se sienta y camina tardíamente y lo hace firmemente. La movilidad es sin propósito rítmica y repetitiva con movimientos que se acompañan de aleteos de los brazos, aplausos y manierismos bizarros de los dedos.

En ocasiones, intrigados por objetos que giran permanecen sentados largos períodos de tiempo como si estuvieran en profunda meditación.

e) - NISTAGMUS.

Ornitz ha demostrado una creciente supresión de nistagmus vestibular como una característica del niño autístico.

f) - RETRASO MENTAL.

El autismo es relacionado como una deficiencia afectiva; sin embargo dejando al niño con un buen potencial de aprendizaje.

g) - DESORDENES EN EL CRECIMIENTO.

El autismo y los desórdenes en el crecimiento, frecuentemente existen y el crecimiento es más probable que se convierta clínicamente en el niño autístico y crecen a una edad mayor.

h) - INCIDENCIA.

Se dice que el autismo es dominante en los varones en una proporción de 4:1. También, se sabe que el niño autístico, en la mayoría de los casos es prematuro.

4. - ETIOLOGIA.

Rutter declaró que el autismo infantil es un síndrome; ya que es el resultado de ciertos números de factores endógenos y ambientales. En un principio se consideraba que los problemas del autismo eran de origen emocional, pero ahora se ha estudiado que el autismo es un desorden conductista y emocional que está basado probablemente en algún desajuste orgánico del cerebro y que no es puramente de origen psicogénico.

Wing considera otras posibles causas de la etiología del autismo; entre las cuales se pueden incluir la herencia, el medio ambiente y el desajuste cerebral.

Hoy en día los psicólogos dicen que el autismo es producido por algún brutal traumatismo psíquico debido a la torpe con-

ducta de los padres respecto al niño.

En resumen, es más posible que sea generado el autismo por el S.N.C. específicamente. Se ha investigado que los glóbulos--blancos del organismo en circunstancias determinadas, destruyen la vaina de mielina que recubre las fibras nerviosas, provocando el fenómeno del autismo.

5.- TRATAMIENTO.

Debe incluirse terapia familiar, consejos a los padres, psicoterapia para los padres y al niño, modificación de las técnicas de comportamiento, educación y habla especializada, cuidado diario y hospitalización, así como terapia electroconvulsiva y medicación con drogas, pudiendo usar hormonas psicotóxicas, megavitaminas y L. Isergidos (LSD).

6.- MANEJO DENTAL.

Swallow, a base de estudios en niños, cree que la prevalencia de la enfermedad dental en los niños autísticos es más fre--cuente que en los niños normales.

Es también posible que ciertos alimentos utilizados en las --técnicas de modificación de comportamiento, podrían contribuir a más altas tasas de caries dental, por ejemplo: dulces, miel, bebidas endulzadas, mantequillas de cacahuete y otros.

Al realizar el tratamiento dental en este tipo de niños, se --presentan algunos problemas sumamente particulares. Por lo --tanto, el método de "MOSTRAR-DECIR-HACER" es una de las técnicas más efectivas en el manejo del comportamiento.

La paciencia y la comprensión pueden ganar mucho, pero la firmeza tiene bastante que hacer con el acondicionamiento previo del niño al comportamiento agresivo.

Swallow declara que se requiere una repetición constante de procedimientos dentales, dando tiempo al niño para aprender una experiencia y para apreciarla antes de pasar a la siguiente.

Los procedimientos dentales tienen que ser llevados a cabo mediante pequeños pasos conforme el dentista se aproxima a la cavidad oral.

Se ha dicho frecuentemente en pláticas con relación al miedo al dentista, que la boca es una de las primeras áreas que se forman y es una zona primitiva y erótica y de gran importancia psicológica, así como una área de gratificación. En el pensamiento autístico infantil, intentar el tratamiento dental puede representar una amenaza a esta importante área.

Bettelheim observó que en el tratamiento dental se hace "algo" a los dientes con los que el niño "muere" y el temor de un tratamiento desconocido hace que el niño se resista y se oponga a la entrada de la cavidad oral.

Rutter informó que el niño autístico se perturba por los tratamientos dentales y que los dentistas "ordinarios" no están capacitados para hacer frente al tratamiento de un niño autísticamente difícil. Frecuentemente entonces, el paciente se rehúsa a dicho tratamiento hasta que la caries está tan avanzada, que no existe alternativa a la hospitalización y el tratamiento será bajo anestesia general.

Rutter sugirió que estos niños se acostumbren al ambiente dental acompañando a los miembros de la familia al consultorio del dentista.

El manejo dental especializado implica una progresión de consumo de tiempo del acondicionamiento y reforzamiento, antes de proporcionar el tratamiento dental. Es un proceso lento de aprendizaje, que implicaría demostraciones sencillas seguidas por un reforzamiento positivo o simplemente terminar la cita en el momento adecuado antes de que se convierta en una confrontación.

Debe llevarse a cabo una indicación inicial durante el tratamiento mediante la cual, el examen oral podría ser exitoso o no serlo. Ya sea en el sillón dental, un vaso, una pequeña cantidad de pasta profiláctica y varias películas radiográficas; todo esto con el fin de llevar a cabo una prueba para que el niño conozca estos utensilios en casa, de tal manera que en la siguiente cita estos artículos le resulten familiares.

Esto es importante que se realice en el hogar y debe incluirse una orden de "abajo las manos" y "mirame". El contacto visual es muy importante para establecer una comunicación verbal.

El niño autístico al igual que el niño hiperactivo es fácilmente distraído; por lo tanto, deben hacerse movimientos mínimos al operar en cualquier momento. Estos niños parecen tener un alto grado de visión lateral, por lo que los movimientos que se llevan a cabo lateralmente por el dentista o por la asistente dental pueden provocar distracción en el niño.

La técnica de "mano sobre boca" proporciona un beneficio mínimo.

mo.

Cuando el niño coopera en cada paso del tratamiento dental, se debe dar cualquier clase de recompensa o premio después -- del tratamiento. Esta recompensa puede ser verbal, caricias afectuosas, algún objeto, o la prueba de algún alimento deseado.

Durante el tratamiento dental debemos tener un control del -- comportamiento del niño autístico, para lograrlo se recomienda el uso de una premedicación sedativa. Esta necesidad ha -- sido ampliamente discutida y utilizada en todos los tiempos -- para el alivio a la fobia a la tensión dental en los casos -- normales o anormales.

Muchos de los niños autísticos que son excesivamente hiperactivos, destructivos y antisociales han sido colocados bajo se dativos barbitáricos; estimulantes psicomotores (Ritalin, --- Dexedrine); ataráxicos (Mellaril, Atarax, Valium); antihistamínicos (Benadryl) y megavitaminas.

Solomons comentó que algunas drogas mejoraban al niño hiperactivo, pero el mejoramiento más marcado tiene lugar, cuando la medicación va combinada de un tratamiento de apoyo en la casa o en la escuela.

Los tranquilizantes más fuertes han sido de ayuda en los ca sos de comportamientos agresivos excesivos y en las perturbaciones por sueño.

En la primera cita es muy importante hacer una historia com pleta de la salud del niño y del padre o una historia de las idiosincrasias de comportamiento, de comunicación y previos -

métodos de acondicionamiento empleados. Durante la primera entrevista el dentista deberá observar cuidadosamente las reacciones del niño en un ambiente extraño sin intentar proceder bruscamente en el exámen oral.

En el caso de que el padre refiera que no se ha usado previamente una medicación para el control del comportamiento o que ninguna ha sido efectiva, se recomienda usar en la premedicación la Hidroxicina HCL (Atarax o Vistaril) 50 mg. oralmente, en tableta o en forma de jarabe, una dosis a la hora de acostarse la noche anterior a la cita, otra dosis, dos horas antes de la cita, una última dosis una hora antes de la cita.

Debemos tratar de educar al niño a fin de que tolere o acepte los procedimientos dentales sin tener que acudir a la premedicación, porque de otra manera estamos tratando con un niño completamente comunicativo que ha sido colocado en un estado, casi somnoliento.

Se ha estudiado e investigado que el niño autístico es muy sensible al dolor y muchas veces el odontólogo no toma en cuenta este estímulo auditivo. Estos niños son muy sensibles a los ruidos como las sirenas, aspiradoras, por lo tanto, el dentista tendrá que graduar el sonido del sistema de vacío oral y los sonidos altos de la pieza de alta velocidad.

C A P I T U L O X I I .

LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.

a) - DEFINICION.

Es una deformación congénita estructural del complejo facial-bucal que puede variar desde una ligera mella en el labio o una pequeña hendidura en la úvula, hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal.

Las fisuras pueden ocurrir en el labio superior como en el inferior.

Esta deformación se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

b) - ETIOLOGIA.

Su etiología es desconocida. Sin embargo, no se descartan dos teorías acerca de la patogenia del labio leporino:

La primera sugiere que la malformación se debe a la falta de unión adecuada entre la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis nasal externa y maxilar.

La segunda teoría llamada "de la penetración mesodérmica", -- presupone que la malformación, es causada por la falta de penetración del mesodermo en la "etapa de la caperuza" ectodérmica que forma el labio.

Sin embargo, deberá tomarse también en cuenta que puede ser de origen hereditario.

En relación, las diferentes teorías sobre la etiología del Paladar Hendido, las más acertadas son las que consideran la nutrición defectuosa y la interferencia mecánica, que al -- igual que en el labio leporino son de carácter genético.

Por otro lado, se ha estudiado que los teratógenos como la - talidomina y la rubéola materna pueden causar la aparición - del labio leporino y del paladar hendido en el hombre. El - labio y paladar hendido son malformaciones comunes de cara y paladar y aunque el paladar generalmente está hendido duran- te el desarrollo, el labio nunca lo está.

Las infecciones también pueden causar este problema factor - etiológico frecuente es la sífilis, aunque no ha sido total- mente confirmado. Las infecciones agudas de la madre, duran- te los tres primeros meses del embarazo, sobre todo las pro- ducidas por virus parecen estar relacionadas con el padeci- miento presentado por el hijo, así como la desnutrición o la debilidad de la madre durante el embarazo puede ser un fac- tor predisponente.

Cuando una mujer embarazada presenta condiciones patológicas severas como son las cardiopatías descompensadoras, las nefro- patías, algunas endocrinopatías, la toxemia, la desnutrición acentuada y algunas intoxicaciones, el producto puede estar- afectado en diversas formas; ya que su oxigenación y nutri- ción se ven comprometidas y estas situaciones a su vez deter- minan o propician las anomalías congénitas.

c) - SINTOMATOLOGIA.

El labio leporino es más frecuente encontrarlo en los hombres que en las mujeres, ocurriendo esto con triple frecuencia en el labio izquierdo.

Los dientes ocupan un lugar importante durante toda la vida - del individuo que ha nacido con un labio leporino; ya que requerirán de cuidados especiales. Sólo en casos muy excepcionales los dientes no presentan anomalías.

El número de los dientes depende de la edad del individuo. En el feto, puede deberse que siempre la hendidura ha desdoblado el incisivo lateral; no que haya dividido un diente no formado, sino que existe la separación en el momento en que empieza a diferenciarse el muro dentario y siendo el lugar favorable, se introducen dos incisivos laterales en lugar de uno.

El desarrollo psíquico de la mayor parte de los pacientes, es normal, con excepción de los casos asociados con enfermedades del cerebro como la hidrocefalia.

La fisura palatal hace difícil la alimentación, pues parte -- del alimento sale por la nariz, por lo que son frecuentes la infección de la nasofaringe y el catarro crónico.

El sarampión que sufre la madre durante la gestación tiene relación con una frecuencia elevada de defectos del desarrollo dental, incluyendo deformaciones palatinas.

Asimismo, una incidencia elevada de dientes primarios en lactantes, nacidos de madres que sufrieron rubéola durante el em

barazo, tenían aplasia del esmalte.

No obstante, las anomalías congénitas hereditarias y del desarrollo que afectan a los dientes no se manifiestan clínicamente hasta que éstos han hecho erupción. Sin embargo, dichas anomalías, pueden diagnosticarse por radiografías antes de la erupción dental.

Así tenemos que la coloración verde-amarillenta de los dientes en la ictericia grave, el tinte purpúreo en caso de dentina opalescente hereditaria y la hipoplasia parda del esmalte, generalmente se manifiesta después de que han hecho erupción los primeros dientes permanentes.

En ocasiones se observa una infección en los tejidos que rodean a los dientes en erupción, causando dolor tal infección suele requerir cirugía.

La erupción de los dientes puede acompañarse de gingivitis o de estomatitis afuncionales.

d)- TRATAMIENTO DENTAL.

Todo paciente con labio o paladar hendido debe ser examinado por el odontopediatra para practicar una exploración completa de la cavidad bucal antes y después de la intervención. Tal exámen consiste en tomar radiografías de todas las piezas dentarias, localizados procesos cariosos, estudiar la evolución de gérmenes dentarios, de piezas permanentes, realizar las pruebas de vitalidad pulpar y efectuar un reconocimiento del estado parodontal y de la mucosa oral.

El odontopediatra tratará al paciente con labio y paladar hen

dido ya operado, con un procedimiento igual al que seguirla - con un niño normal, sin que esto afecte el trabajo que realizó el cirujano maxilo facial.

Debemos tener presente que estos pacientes sienten mucha angustia y ansiedad; ya que respiran por la boca, ya que debido a las hendiduras faciales que presentan, tienen el tabique na sal desviado.

Terminada la intervención del odontopediatra, principiara la labor del ortodoncista, bajo cuya responsabilidad estara la corrección de la mala oclusión, ya que como cada paciente constituye un caso particular, su labor estriba en lograr el equilibrio de la oclusión.

Se deberán tomar radiografías cefalométricas, impresiones para obtener los modelos de estudio y fotografías del caso a -- fin de obtener la rehabilitación del perfil facial por medio de prótesis y ortodoncia.

El promedio de edad adecuada para llevar a cabo dicho trata-miento con un mayor índice de éxito es de 8 a 10 años.

El tratamiento de ortodoncia adecuado puede corregir la mordida cruzada anterior y las posiciones anormales de los dientes, preparando a éstos, para recibir prótesis parciales y obturadores que ayudarán a la eliminación de funciones incorrectas y a la obtención de la oclusión normal.

El prostodoncista ayuda a estos pacientes mediante la elaboración de una prótesis para su rehabilitación. Este tratamiento puede ser iniciado en los niños desde los dos o tres años-

de edad y así podemos corregir los dientes permanentes.

e) - LOS OBTURADORES COMO MEDIO DE REHABILITACION.

Para la realización de la prótesis obturadora, deberá emplearse anestesia tóptica y local en los casos que lo requieran.

Los obturadores serán de gran ayuda ya que los niños con labio y paladar hendido respiran por la boca debido a las desviaciones que tienen del tabique nasal.

El primer obturador platino para niños, es un aparato simple de acrílico con ganchos de alambre y tiene por función ayudar al niño en el desarrollo normal del lenguaje.

Este aparato se usa cuando el niño tiene de un año y medio a tres años y medio de vida. Su ayuda radica en que el vocabulario de un niño aumenta de 15 a 1200 palabras aproximadamente, siendo este el período de más rápido desarrollo del lenguaje. Por lo tanto, ofrece una magnífica oportunidad para prevenir los malos hábitos en el habla.

El segundo obturador para niños es semejante al anterior, -- con la diferencia de que este produce el cierre nasofaríngeo completo y necesario para el buen lenguaje.

Este obturador es temporal, ya que por las variaciones de la dentición y crecimiento facial debe ser cambiado de tiempo en tiempo.

f) - FUNCIONES DE LOS OBTURADORES.

Las funciones de los obturadores son:

- 1.- Restablecer la continuidad del paladar por medios artificiales impidiendo el paso del aire y los alimentos, permitiendo al paciente recuperar el habla y la deglución normal.
- 2.- Proporcionar un sostén estético a las partes blandas faciales y dentro de la boca, proporciona un apoyo a la lengua, mejillas y labios.
- 3.- Reemplazar a los dientes perdidos y con esto restablecer la función masticatoria.

C A P I T U L O XIII.

PREMEDICACION.

En muchas ocasiones puede resultar necesario el uso de la premedicación para efectuar el tratamiento en estos niños, la -- tensión emocional que presentan muchas veces está aunada a la falta de comprensión de lo que les rodea y hace difícil su -- atención.

La premedicación resulta muy valiosa para relajar pacientes - alterados levemente les hace aceptar y cooperar en el trata- miento. En el caso de niños con Parálisis Cerebral, la corre- cta premedicación, puede ser necesaria para aliviar la tensión, reducir la rigidez y la espasticidad.

Grandes dosis de fármacos en niños débiles mentales profundos no hacen efecto debido a que su metabolismo es más rápido y - únicamente actúan como estimulante, excitándolos.

Reglas para la dosificación de los fármacos.

- a) Edad (a menor edad la dosis será menor).
- b) Peso (un niño más pesado recibirá una dosis mayor).
- c) Actitud Mental (en niños muy nerviosos y excitables la dosis será mayor).
- d) Actividad Física (en niños hiperactivos la dosis se rá mayor).
- e) Contenido Estomacal (lógicamente cuando la premedica- ción es por vía oral el estóma- go deberá estar vacío).

Las vías de administración como ya sabemos podrán ser: vía -- oral, vía parenteral (I.M. o I.V.). Se puede usar cualquiera de las vías dependiendo de las necesidades del niño y el operador en cuanto a rapidez del efecto farmacológico de la droga.

LOS BARBITURICOS.

Actúan sobre el Sistema Nervioso Central produciendo una de-presión no selectiva que según la dosis puede ir desde la sedación hasta la muerte por paro cardíaco. De la sedación se pasa a la hipnosis al aumentar la dosis.

BENZODIACEPINAS.

Actúan contra la ansiedad leve, poseen propiedades de relajantes musculares, cierta acción hipnótica, actúan sobre el S.N.C.

PREMEDICACION.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

- 1- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2- Elevar el umbral del dolor.
- 3- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4- Controlar las arcadas.
- 5- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- 6- Controlar los trastornos motores (los enfermos con pa-

rálisis cerebral).

7- Disminuir la tensión.

MEDICAMENTO IDEAL PARA LA PREMEDICACION.

El sedante ideal que debe administrarse antes de la anestesia local al paciente ambulatorio sería aquel que deprime sólo alguno de los centros superiores específicos del S.N.C.

Un barbitúrico de corta acción como el pentobarbital sódico, administrado a dosis pequeñas, se acerca mucho a las características del medicamento ideal. Es un deprimente cortical -- que actúa como sedante a dosis terapéuticas pequeñas o como hipnótico a dosis mayores.

OXIDO NITROSO.

El óxido nitroso es el agente anestésico de inhalación más antiguo. Fue descubierto por Priestley en 1776, sin embargo, no fue sino hasta 1868 cuando Andrews introdujo la administración de oxígeno con óxido nitroso y desde entonces, hasta la fecha, ha sido ampliamente utilizado como analgésico y como anestésico.

El óxido nitroso puede ser empleado también para controlar la conducta del niño. En niños con debilidad mental superficial o leve, que son capaces de entender las explicaciones que se les den, será útil en niños extremadamente nerviosos; así como en pacientes con afecciones espásticas graves, donde los movimientos se acentúan más cuando se encuentran bajo fuertes tensiones emocionales.

No estará indicado en débiles mentales profundos, pues por los síntomas que se experimentan, sólo aumentará su desconcierto y aprensión además que las dosis tendrían que ser elevadas. Es preferible tratarlos bajo anestesia general.

ACCION FARMACOLOGICA.

Las propiedades anestésicas que posee el óxido nitroso son debidas a su gran solubilidad en la sangre. Su acción principal la ejerce sobre el S.N.C.

El óxido nitroso deprime la función de la sinápsis, que llevan los mensajes emitidos a través de la estimulación puede ser interpretada como dolor en el área cortical alta.

BENEFICIOS.

Elimina el temor, produce relajación muscular, eleva el umbral al dolor, mantiene al paciente en un estado conciente - todo el tiempo. Todo esto nos permitirá trabajar con mayor rapidez y comodidad para el paciente.

Como ya se mencionó antes, elimina el dolor, pero sólo en -- procedimientos sencillos, como preparación de cavidades cuando se van a realizar maniobras como: extracción, debridamiento de un absceso, etc. Se auxilia con el empleo de anestésico local, esto debe ser de rápida acción y eliminación.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Es importante comunicar al paciente, lo que va a sentir al aplicarle el óxido nítrico.

SINTOMAS SUBJETIVOS SON:

- a)- Temblor en los dedos de los pies, punta de la lengua y punta de los dedos de las manos.
- b)- A menudo puede tener una sensación de entumecimiento o temblor de los labios.
- c)- Excitación o sensación de calor en el cuerpo.
- d)- Sensación de estar flotando.
- e)- Las palabras pueden escucharse lejanas.
- f)- Puede sentir somnolencia.
- g)- Experimentar sensación de relajación.
- h)- Al acercarse a la parte profunda, el miedo desaparece.
- i)- Sensación de adormecimiento en las piernas y brazos, dificultad para moverlos.

LOS SIGNOS POR MEDIO DE LOS CUALES NOS DAREMOS CUENTA DEL ESTADO DEL PACIENTE, SON LOS SIGUIENTES:

SIGNOS OBJETIVOS.

- a)- Respiración normal y suave.
- b)- Músculos relajados.
- c)- Pupilas normales.
- d)- Conjuntiva sensitiva.
- e)- No hay movimiento de los globulos oculares.
- f)- Los párpados se resisten a la apertura.
- g)- El pulso, presión sanguínea y el calor de la piel, son -- normales.

Al emplearse el óxido nitroso debemos tomar precauciones en cuanto a la falta suficiente de oxigenación, que pueda deberse a la mala colocación de la mascarilla, o bien a la presencia de adenoides (debemos recordar que las pueden presentar los niños mongolitos) que nos dan obstrucción de las vías respiratorias y en cardiopatías graves.

USO Y APLICACION CLINICA.

La manera adecuada de administrar el óxido nitroso y oxígeno como analgésico o anestésico es el siguiente:

25% oxígeno - 75% óxido nitroso.

50% oxígeno - 50% de óxido nitroso.

Para producir anestesia general se puede complementar con otros agentes, los cuales son intravenosos:

- a)- Barbiturato (metohexital, tiaminal y tiopental).
- b)- Opídeos (morfina, meperidina, etc.).
- c)- Agentes auxiliares, relajantes únicamente se utili-

zan en hospitales, por ser necesaria la entubación del paciente, para mantener la ventilación.

También se utilizan otros anestésicos por inhalación (halotano, metoxiflurano o etrano).

A este método se le llama anestesia balanceada y actualmente es ampliamente utilizada en todo el mundo.

En la práctica dental la secuencia de óxido nítrico se complementa por el uso de anestésicos locales. Evitando así, los peligros inherentes de los agentes intravenosos y auxiliares así como de otros agentes de inhalación.

El éxito del empleo de óxido nítrico, se basa en amplias experiencias así como conocimientos de farmacología, fisiología y ayuda de excelentes y nuevos sistemas de distribución de oxígeno y óxido nítrico.

ANESTESIA GENERAL.

Se debe aplicar en un medio hospitalario, como auxiliar de una atención Odontológica completa.

- 1)- Niños con Retardo Mental al punto de que el odontólogo no pueda comunicar la necesidad de atención odontológica, con niveles inferiores de Retardo Mental Profundo o Incontrolables.
- 2)- Niños en los que no se pueda lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales, a tal efecto, complementados con premedicación, anestésicos locales y un grado aceptable de restricción.
- 3)- Pacientes con alergia conocida a los anestésicos locales.
- 4)- Pacientes Hemofílicos, en quienes el uso de la anestesia local puede provocar una hemorragia interna.
- 5)- Niños con movimientos involuntarios.
- 6)- Niños con trastornos generales y anomalías congénitas -- que imponen el uso de anestésico general.

Antes de llevar a cabo cualquier tratamiento odontológico bajo Anestesia General se debe hacer:

- Historia Clínica completa y minuciosa.
- Adecuado exámen físico para descubrir las enfermedades frecuentes que puedan modificar nuestra premedicación o bien la técnica de anestesia y exámenes de laboratorio.
- Debe estar en combinación con su médico general o pediatra.

Algunos niños disminuidos que a primera vista pueden parecer totalmente incapaces de cooperar. Con ayuda del personal auxiliar y los padres podemos ganar la cooperación del niño-

y su manejo exitoso, cuando es un verdadero niño problema, - se debe intentar la restricción de los movimientos voluntarios e involuntarios por medio del personal auxiliar y de los padres como ya mencionamos.

Al usar anestesia general, siempre se incurre el riesgo de - vómito, espasmo y apnea; por lo tanto, podrán preverse medidas más suaves, aunque menos potentes.

La reacción del niño especialmente si está bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el odontólogo -- sea paciente y comprensivo.

Si se trata de un paciente severamente disminuido o si se tratase de un tratamiento dental más amplio, la solución es el empleo de anestesia general.

INDICACIONES PARA LA ANESTESIA GENERAL.

- El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento.
- El niño con trastornos de la hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.
- El niño Retardado Mental cuyo impedimento sea tan grave, que dificulte toda comunicación entre el odontólogo y paciente.
- El niño afectado de trastornos del S.N.C. que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.
- El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por un extenso tratamiento dental.

Cuando se requiera anestesia general para el tratamiento den

tal se puede emplear en el consultorio sin problemas siempre que exista el equipo esencial y esté presente un anestesiólogo calificado. Pero el hospital es el lugar más seguro y -- adecuado.

PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO BAJO ANESTESIA GENERAL.

El odontólogo deberá discutir el plan de tratamiento con el -- anestesiólogo, quien determinará el límite de tolerancia de -- cada paciente al anestésico general.

Después de evaluar la historia médica del paciente y determi-- nar la extensión del tratamiento, puede elegirse la premedica-- ción y el anestésico más adecuado.

En anestesia pediátrica el Fluotano (halotano) tiene gran --- aceptación por su calidad poco irritante, su no inflamabili-- dad y el despertar rápido de los pacientes.

La intubación endotraqueal nasal, cuando el tubo está fuera-- de la vista del paciente, simplifica para el odontólogo el -- tratamiento.

Después de la intubación se deberá cubrir los ojos del pacien-- te con gasa húmeda para protegerlos contra desechos y materia-- les dentales. También se deberá tener cuidado de evitar que-- sangre o que cualquier tipo de desecho penetre en la garganta del paciente. Después de anestesiarse completamente, deberá -- colocarse un apósito de gasa húmeda sobre la abertura farín-- gea, a través del área de las amígdalas y debajo de la lengua.

Para extraerlos con facilidad, la extremidad del apósito de --

la garganta, deberá atarse un hilo firmemente al apósito por si se nos presentase algún problema retirarlos fácilmente de la cavidad oral.

El empleo del equipo de aspiración facilita el procedimiento dental en niños anestesiados. Para cualquier tratamiento -- restaurativo en pacientes anestesiados, el empleo de dique-- de caucho proporciona al odontólogo campo seco y mejor visibilidad.

Antes de llevar a cabo extracciones en el tratamiento dental, primero debemos efectuar todos los tratamientos restaurati-- vos. Al terminar el tratamiento planeado, deberá controlarse la hemorragia y evacuarse cuidadosamente de la cavidad -- oral todos los desechos.

CONCLUSIONES,

Es importante tener presente como odontólogo y como persona que la odontología debe ser siempre preventiva, no mutilante.

Haber realizado esta tesis fue una gran satisfacción personal, por la inquietud que yo sentía hacia la salud dental de estos seres impedidos y que tienen el mismo derecho de sobrevivir-- que cualquier niño normal.

Hay odontólogos que no aceptan darles atención a estos seres-- por falta de conocimientos básicos para poder darles una aten ción dental adecuada.

De aquí la importancia que tiene el conocer y estudiar cada -- incapacidad que presentan estos niños para poder brindarles-- una atención bucodental adecuada.

Al estar el odontólogo capacitado adecuadamente para que en-- el momento que pueda surgir un incidente en el consultorio, -- poderlo resolver.

El éxito que pueda lograr el cirujano dentista con estos ni-- ños va a ser la comprensión y paciencia que le tenga a sus pa cientes.

Para manejar a estos niños, es importante contar con el tiem-- po necesario para ganarse su confianza y poder establecer una comunicación estrecha entre el padre, el paciente y el médico para llevar a cabo un tratamiento satisfactorio.

Algo de suma importancia en este tipo de pacientes es que en--

La primera visita la dediquemos para hacer una Historia Clínica Médica Dental minuciosa porque varios de estos pacientes son de alto riesgo, no se nos debe pasar preguntar un sólo punto para poder planear el tratamiento a seguir. Ya sea en el consultorio dental o en el hospital, el tipo de premedicación que se vaya a utilizar, o si tenemos que recurrir a la anestesia general o la analgesia con óxido nitroso.

Debemos tener presente que en el niño con parálisis cerebral debemos considerar que para poder llevar a cabo nuestro tratamiento dental debemos tener una estabilidad del paciente en el sillón dental, quizás necesitemos apoyo de la premedicación, estar alerta contra cualquier movimiento involuntario que pueda hacer nuestro paciente durante el tratamiento.

En el retrasado mental no vamos a tener cooperación por parte del paciente, que en estos pacientes va a existir la necesidad de hacer tratamiento quirúrgico porque va a estar presente la hiperplasia gingival.

En el niño mongoloide va a ser lo contrario que en el niño con retraso mental su cooperación es variada pero por lo general es aceptable, pero los tratamientos deben ser cortos para no cansar al niño, en estos pacientes es casi imposible llevar a cabo un tratamiento ortodóncico.

En los cariopatas hay que tener mucho cuidado durante el tratamiento porque son pacientes de alto riesgo y dar tratamiento profiláctico con antibiótico para prevenir contra una posible SBE (endocarditis bacteriana subaguda). Los tratamientos deben ser cortos para no cansar al paciente y no stresarlo de masiado.

En los pacientes con hemofilia hay que tener extremadas precauciones en el tratamiento dental porque es un paciente de alto riesgo y debemos ser precabidos en no administrar analgésicos con aspirina tener precauciones con la anestesia local, debe estar el paciente lo más tranquilo posible y colocar torundas de algodón, gasas todo lo necesario para prevenir una laceración, porque puede ser tan pequeña, pero puede provocar un problema grave, incluso la muerte al paciente porque se desangra, estos pacientes por eso tienen miedo y muestran mucha ansiedad ante el tratamiento.

En el niño autista debemos ser pacientes, pero a la vez firmes en nuestras órdenes. La técnica de "decir...mostrar...hacer, es de gran ayuda en este tipo de pacientes, la técnica de mano sobre boca" es de beneficio mínimo en este tipo de pacientes. Estos pacientes se distraen mucho, hay que minimizar movimientos del personal dental.

Por último, es de vital importancia que el padre sea cooperador en este tipo de pacientes porque sus condiciones bucales la mayoría de las veces se deben a la incapacidad del paciente para llevar a cabo hábitos de higiene adecuados y llevar una dieta libre de agentes cariogénicos que muchas veces los padres se los brindan. Estos pacientes, la mayoría no presentan problemas dentales específicos sino que estos se ocasionan por la incapacidad del paciente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1- Alberto de Campo: Servicios Especiales EFE.-Las bases orgánicas de las enfermedades mentales, (6/mayo/1983) Periódico Novedades.
- 2- Charles Poland III and W. Bailey Davis: Dental problems of the handicapped child.-Chapter 21. p. 488-503.
- 3- Finn, B. Sidney: Odontología Pediátrica.-Editorial Interamericana, cuarta edición 1981. p. 469-473, 491-513, 552- - 553.
- 4- Frederick B. Smith: Management of the Child Patient and -- the Handicapped Patient.-Clinical Dentistry Vol.Chap. 33 - p.p. 1-21.
- 5- Hugh M. Kopel, D.D.S., M.S.: The Autistic Child in Dental-Practice.-Journal of dentistry for Children.-July-August-- (1977). 22-29.
- 6- Josephh, Dicks, D.D.DS., M.S.M.P.H.-Effects Cooperation of Different Communication Techniques on the Cooperation of -- the Mentally Retarded Child during dental Procedures. ---- Journal of dentistry for children.-July-August (1974) 35-- 40.
- 7- Gurrutia José: Alteraciones de la cavidad bucal en pacientes con "Síndrome de Dawn" Ciencia Odontológica. F.O. número 21, Vol. IV, 1978. p.p. 42-43-47-51.
- 8- Kenneth Troutman, D.D.S., M.P.H., F.A.C.D.: Associate Chief of Pediatric Dentistry, Harbor General Hospital, Torrance, California; Associate Professor of Pediatric Dentistry, -- University of California. School of Dentistry, Los Angeles, California. Behavioral Management of the Mentally Retarded. Dental Clínico of North America: Vol. 21, No.8, July 1977. p.p.621-- 636.
- 9- Maldonado Ortiz, Ruby del Rocío: Problemas que presentan-- Los niños disminuidos en el consultorio dental. Niños Impe-- didos. Cuidados dentales. 1977. Tesis.
- 10- Mc. Donald, E.Ralph. and Avery, R. David: Dentistry for -- the children and adolescent. Third edition. The C.V. Mosby Company, Saint Louis (1978).

- 11- Mascaro José María y Porcar: Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Salvat Editores, S.A. Undécima Edición.
- 12- Max Salas Alvarado, Arturo Loredó Abdala, J.A. Ramírez---Maxans, P.A. Álvarez Navarro, J. Legorreta Gutiérrez:---- Guía para el Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A., Hospital del Niño. Desarrollo Integral de la Familia. Reimpresión 1981.
- 13- Niels Bjorn Jorgensen, Jess Hayden, J.R.: Anestesia Odontológica. Editorial Interamerican p.p. 15-16.
- 14- Penrose, Lionel Sharples: Síndrome de Dawn (Mongolismo).
- 15- Pasquel Ramírez Enriqueta: Premedicación en cirugía odontopediátrica. Niños Impedidos. México 1964.
- 16- Manuel de Merck. Autismo Infantil.
- 17- Liliana Rebeca Pacheco Islas-Irma Elizabeth Altuzar Coello: Conceptos Básicos sobre prevención dental en niños con -- Síndrome de Dawn. 1983.
- 18- Julia Martha Von Roesfeld Ojeda: Generalidades de labio y paladar hendido. Universidad Latinoamericana. 1983. Tesis.
- 19- Weyman Joan: Odontología para el Niño Impedido. Editorial Mundi; 1976. p.p. 22-131.